

介護保険負担限度額認定申請書

東白川村長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

		個人番号																		
フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		性別																		
生年月日																				
住所	〒	連絡先																		
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	〒	連絡先																		
入所(院) 年月日(※)	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。																			

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。																													
配偶者に関する事項	フリガナ												個人番号																		
	氏名												生年月日	明・大・昭	年	月	日														
	住所	〒	連絡先																												
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒	連絡先																												
	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税																										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金・障害年金・受給なし】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万円以下 です。													
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金・障害年金・受給なし】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万円を超え、120万円以下 です。													
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金・障害年金・受給なし】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超え ます。													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合は、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)	円									

※内容を記入してください。
申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	本人との関係

(裏)

同 意 書

東白川村長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴村長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

Ⓜ

【配偶者】

住 所

氏 名

Ⓜ