介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

聖籠町長　　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	印	性別	
生年月日	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(※)	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			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	個人番号	
	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)			
	課税状況	市町村民税　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	□	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	
	□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○してください) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。	(受給している全ての年金の保険者に○してください) ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済
	□	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に○してください)	
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が、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原則2か月以内のものを添付すること。	

預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	(　　) ※内容を記入してください 円

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

注意事項

(1)　この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2)　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3)　書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

(4)　虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同　意　書

聖籠町長　　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、年金保険者または銀行、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、貴町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。

居宅サービス計画の作成及び給付管理業務に必要があるときは、負担限度額認定の内容について居宅介護支援事業者等の関係人へ、提示することを同意します。

年　　月　　日

【本人】

住所

氏名　　㊞

【配偶者】

住所

氏名　　㊞