

介護保険負担限度額認定申請書

介護保険被保険者証・マイナンバーカードの番号をご記入ください。分からなければ記入は不要です。

(申請先)
石井町長 殿

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申請書を送付します。

フリガナ	イシイ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	×	×	×
被保険者氏名	石井 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	×	×	×	×
生年月日	明・大・ 昭 ○○年 ○○月 ○○日	性別	男 ・ 女									
住所	〒779-32×× 石井町高川原字高川原121番地1 連絡先 088 - 674- ××××											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地 石井町○○字○○123番地45 名称 特別養護老人ホーム ○○											
入所(院)年月日(※)	令和○○年 ○○月 ○○日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合およ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 「無」の場合は、「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	イシイ ハナコ										
	氏名	石井 花子										
	生年月日	明・大・ 昭 ○○年 ○○月 ○○日										
	住所	〒779-32×× 石井町高川原字高川原121番地1 連絡先 088 - 674- ××××										
	本年1月1日現在の住所	(現住所と同じ場合は記入不要)〒										
課税状況	住民税 課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者	非課税で、老齢福祉年金受給者										
	☒ 本人および世帯全員が課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が650万円以下です。	かつ、預貯金の合計が 650万円 (夫婦は 1,650万円)以下										
	☐ 本人および世帯全員が課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が550万円以下です。	かつ、預貯金の合計が 550万円 (夫婦は 1,550万円)以下										
	☐ 本人および世帯全員が課税年金収入額と非課税年金収入額の合計が500万円以下です。	かつ、預貯金の合計が 500万円 (夫婦は 1,500万円)以下										
預貯金等に関する申告※	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) ()※2 円							

(※1)預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり (※2)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、次の項目は記載不要です

申請者氏名	申請者が本人の場合は、記入は不要です。	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所		本人との関係
決定通知書・認定証送付先(記入がない場合は自宅へ送付します)	自宅 ・ 施設 ・ 申請者住所 ・ その他()	

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、被保険者様の配偶者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金・有価証券の写しを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

裏面もあります

同意書

石井町長 殿

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。)に私及び私の配偶者(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。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

必ず、ご記入をお願いします。

<本人>

住 所 石井町高川原字高川原121番地1

氏 名 石井 太郎

<配偶者>

住 所 石井町高川原字高川原121番地1

氏 名 石井 花子