

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を行います。

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											
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 ○○ 連絡先 088-675-××××											
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											

無の場合は、「配偶者に関する事項」の記入は不要です。

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者	非課税で、老齢		かつ、預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下	
	☐ 本人および世帯全員の収入額が一定以下	所得 + 課税年金収入額が一定以下です。		かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下	
	☒ 本人および世帯全員の収入額が一定以下	課税年金収入額が一定以下です。		かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下	
	☐ 本人および世帯全員の収入額が一定以下	年金収入額が一定以下です。		かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下	
預貯金等に関する申告※1	預貯金額	円	その他(現金・負債を含む)	円	※2

第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は単身:1,000万円以下、夫婦:2,000万円以下

分からない場合は、記入は不要です。

必ずご記入の上、通帳等の写しを添付してください。

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、同居の配偶者を指します。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等について、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。

記入がない場合は、被保険者様の自宅へ送付します。

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