

介護保険負担限度額認定申請書 (記入例)

フリガナ	オオイ タロウ	被保険者番号	0 0 0 0 0 9 9 9 9 9
被保険者氏名	大井 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明・大・昭〇年△月□日	性別	男・女
住所	〒258-0019 大井町金子1964番地1 電話番号 0465-83-8011		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒258-0019 大井町金子1995番地 特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇 電話番号 0465-83-8311		
入所(院)年月日(※)	平成26年11月1日 (※) 介護保険施設に入所(院)しない(ショートステイ)場合には、記入は不要です。		

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	オオイ ハナコ	個人番号	3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4
	氏名	大井 花子		
	生年月日	明・大・昭△年□月〇日	性別	男・女
	住所	〒258-0019 大井町金子1964番地1 電話番号 0465-83-8011		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 - 電話番号 - -		
	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"/>	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です。			
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【遺族年金 障害年金 ※受給している年金に〇して下さい】の合計額が年間80万円以下です。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であつて、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額【遺族年金・障害年金 ※受給している年金に〇して下さい】の合計額が年間80万円を超えます。			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)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	1,000,000円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む) (現金)※ 100,000円

大井町長 様

上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

令和元年7月26日

申請者 住 所 大井町金子1964番地1 氏 名 大井 花子 (被保険者との関係 妻) 電話番号 0465-83-8011

注意事項

- 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。
- 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てください。
- 書ききれない場合は、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。

# 同意書

(記入例)

大井町長 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、大井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 元 年 7 月 26 日

提出年月日

〈 本人 〉

住 所 大井町金子1964-1

氏 名 大井 太郎 

〈 配偶者 〉

住 所 大井町金子1964-1

氏 名 大井 花子 