

介護保険負担限度額認定申請書

決裁	課長	主幹・係長	係

(申請先) 粕屋町長 (申請日) 年 月 日  
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。

フリガナ			被保険者番号	3	4	9	0												
被保険者氏名			個人番号																
生年月日	明・大・昭		年		月		日												
住所	〒 -		連絡先:																
入所(入院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)																			
入所(入院)年月日 (※)			年		月		日	(※)介護保険施設に入所(入院)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 (内縁関係の者を含む)		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	明・大・昭		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	預貯金等の基準額 1,000万円以下 (夫婦は2,000万円以下)																
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額80.9万円以下 (受給している年金に〇をして下さい)	650万円以下 (夫婦は1,650万円以下)																
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額80.9万円超120万円以下 (受給している年金に〇をして下さい)	550万円以下 (夫婦は1,550万円以下)																
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額120万円超 (受給している年金に〇をして下さい)	500万円以下 (夫婦は1,500万円以下)																
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は、基準額以下です。 ※第2号被保険者基準額:1,000万円(夫婦2,000万円)以下 ※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 (概算評価額)		円	その他 (現金・負債を含む)	( ) ※		円									

申請者 (申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。) ※内容を記入して下さい

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先	( 自宅・携帯・勤務先 )

注意事項 (1)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下さい。  
(2)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。  
(3)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。

粕屋町記入欄(所得分布の状況等)				R7.8			
世帯	本人・配偶者・子・その他( )		交付年月日	年 月 日			
課税	非課税 ・ 課税 ( 世帯 ・ 本人 )		有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
所得	課税年金収入: 円 その他合計所得金額: 円		負担段階	第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階②・非該当			
	非課税年金収入(無し・遺族・障害): 円		番号確認	申請: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行(郵送)			
配偶者	無 ・ 有 ( 課税: 非課税 ・ 課税 )		本人:システム・マイカ	代理権確認:介保・負割・負限・他( )			
預貯金等	本人: 基準額 以下・超え, 夫婦: 基準額 以下・超え		配偶者:システム・マイカ	申請者身元確認:免・マイカ・他( )			

# 同 意 書

粕屋町長 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