

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。

		預貯金等の基準額
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	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 <u>年額80.9万円以下</u> (受給している年金に○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 <u>年額80.9万円超120万円以下</u> (受給している年金に○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 <u>年額120万円超</u> (受給している年金に○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、 <u>基準額以下</u> 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	円
有価証券 (概算評価額)	円	円
その他 (現金・負債を含む)	() *

由讀者 (由讀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
<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	(自宅・携帯・勤務先)
申請者住所	連絡先

(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 非課税年金収入(無し・遺族・障害): 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
配偶者	無・有(課税:非課税・課税)	番号確認	申請: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行(郵送)
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	代理権確認: 介保・負割・負限・他() 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