

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先)

令和 年 月 日

勝央町長 様

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。

ふりがな			被保険者番号	6 2 2 0 0			
被保険者氏名	(印)		個人番号				
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男 ・ 女			
住所	〒		TEL				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地	〒					
	名称						
入所(院)年月日(※)	平・令	年 月 日	(※)介護保険施設に入所(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	有り ・ 無し	左記において「無し」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。
--------	---------	--

配偶者との世帯(住民票上)	同一世帯 ・ 別世帯(町内在住) ・ 別世帯(町外在住)
---------------	------------------------------

配偶者に関する事項	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年 月 日	個人番号				
	住所	〒		TEL				
	前年度1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒					課税状況	
						課税 ・ 非課税		

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	(印)	TEL(自宅・勤務先)
申請者住所	〒	本人との関係

(裏面もご記入ください)

勝央町記入欄

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>▽ 世帯の課税状況 → <input type="checkbox"/>非課税 <input type="checkbox"/>課税</p> <p>▽ 配偶者課税状況 → <input type="checkbox"/>非課税 <input type="checkbox"/>課税</p> <p>▽ 申告資産合計 円 → <input type="checkbox"/>基準以下 <input type="checkbox"/>基準超過</p> </div> <div style="width: 45%; vertical-align: top;"> <p>▽ 保険料未納</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> <p>* 高齢福祉年金/生活保護 → <input type="checkbox"/>受給無</p> <p>→ <input type="checkbox"/>受給有 ⇒ 第1段階</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 25%;">課税年金収入額</td> <td style="width: 25%;">合計所得額</td> <td style="width: 25%;">非課税年金収入額</td> <td style="width: 25%;">合 計</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">¥</td> </tr> </table> <p style="margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/>80万円以下 ⇒ 第2段階 <input type="checkbox"/>80万円以上120万円以下 ⇒ 第3段階① <input type="checkbox"/>120万円以上 ⇒ 第3段階② </p>	課税年金収入額	合計所得額	非課税年金収入額	合 計				¥
課税年金収入額	合計所得額	非課税年金収入額	合 計					
			¥					

認定結果 第1段階 第2段階 第3段階① 第3段階② 非該当

交付年月日 令和 年 月 日

適用期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

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	預貯金等の基準額	1,000万円 (夫婦は2,000万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の (受給している年金に〇して下さい) 合計額が、 年額80万円以下 です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。		650万円 (夫婦は1,650万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の (受給している年金に〇して下さい) 合計額が、 年額80万円を超え120万円以下 です。		550万円 (夫婦は1,550万円)以下	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の (受給している年金に〇して下さい) 合計額が、 年額120万円を超えます 。		500万円 (夫婦は1,500万円)以下	
受給している全ての年金保険者に〇して下さい。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私立学校共済					
預貯金等に関する申告 (夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、基準額以下です。 ※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	円	有価証券 投資信託	円	その他(現金・ 負債を含む)

注意事項

- 配偶者が、勝央町以外の市町村に居住している場合は、課税証明書を提出してください。
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。
- 金融機関への資産調査を実施した結果、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場合があります。

◎ 申請に必要なもの

- ・預貯金等の通帳の写し(金融機関名、口座番号、口座名義、最終の取引日から2か月前までの記載で、残金が確認できるページの写し。表紙から1ページ目、定期預金のページも含みます。)
※配偶者がいる場合は、配偶者の通帳の写しも必要です。
※通帳を複数お持ちの場合は、すべての通帳の写しが必要となりますのでご注意ください。
- ・有価証券(株式・国債など)、負債(借入金、住宅ローンなど)借用書及び残高のわかるものの写し
※負債がある場合は、預貯金等の合計額から負債の額を控除します。

同意書

勝央町長 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、勝央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 年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

印

〈配偶者〉

住所

氏名

印

【代筆者】