

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			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	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

▽ 世帯の課税状況	→ <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	▽ 保険料未納 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
▽ 配偶者課税状況	→ <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税				
▽ 申告資産合計 円	→ <input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> 基準超過				
* 高齢福祉年金/生活保護	→ <input type="checkbox"/> 受給無	→ <input type="checkbox"/> 受給有 → 第1段階	▽ 給付制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
* 課税年金収入額	合計所得額	非課税年金収入額		合計		
			¥			
□80万9千円以下 ⇒ 第2段階		□80万9千円以上120万円以下 ⇒ 第3段階①				
□120万円以上 ⇒ 第3段階②						
認定結果	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階①	<input type="checkbox"/> 第3段階②	<input type="checkbox"/> 非該当	受付印
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】収入額の合計額が、 年額80万9千円以下 です。 <small>※ 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。</small>		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】収入額の合計額が、 年額80万9千円を超え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○してください。 ・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。
- 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。

◎ 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】