

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

上牧町長 殿

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。

[illegible]

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																
	氏名																
	生年月日	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							

収入等に関する申告	☐ 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					
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、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 <u>80万円以下</u> です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。			受給している全ての年金の保険者に〇してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済		
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、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 <u>80万円を超え、120万円以下</u> です。 (受給している年金に〇して下さい)					
	☐ 市町村民税世帯非課税者であって、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 <u>120万円を超え</u> ます。 (受給している年金に〇して下さい)					
預貯金等に関する申告	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 ()※ (現金・負債を含む)	円
	※内容を記入して下さい					
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり						

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	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) 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。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、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。
- (4) 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

上牧町長 殿

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。）に私及び私の配偶者（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、私及び私の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