

介護保険負担限度額認定申請書(通知書控)

通知先	〒 (住所) × 氏名										次のとおり、食費及び居住費にかかる介護保険負担限度額認定を申請します。 また、本申請にかかる受給者の世帯全員の課税状況及び収入状況等を公簿等で確認することを了承します。 年 月 日										
	被保険者 (代筆者名) 氏名										電話番号					鷹栖町長様					
番号		2	0	0	0	0				0	生年月日		年 月 日生								
要介護状態等区分		要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2					認定有効期間					年 月 日～ 年 月 日									
現在入所(院)している介護保険施設の所在地・名称及び入所(院)開始日		名称										入所(院)開始日 年 月 日から									
		所在地										電話番号 - -									
配偶者の有無		有 ・ 無 ※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																		
	住 所		〒																		
			電話番号 - -																		
	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	世帯の課税状況等		☐ 市町村民税非課税世帯です。																		
			☐ その他(生活保護受給者・市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者)です。																		
	65歳以上の方 (年金収入額+合計所得金額)		☐ 年額80万9,000円以下、かつ、預貯金等金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。																		
			☐ 年額80万9,000円超120万円以下、かつ、預貯金等金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。																		
			☐ 年額120万円超、かつ、預貯金等金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。																		
	65歳未満の方		☐ 預貯金等金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																		
	預貯金		円				有価証券 (評価概算額)				円				その他 (現金・負債を含む)				円		

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また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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
(3) 書ききれない場合は、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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

介護保険負担限度額認定に必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行等その他関係機関(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の残高について、報告を求めることに同意します。また、銀行等へ私及び配偶者が同意している旨を伝えても構わないことについても同意いたします。

被保険者本人 配偶者 ☐有 ☐無

(※ 無の場合は記入不要です)

《町記入欄》 上記の申請に基づき、以下のとおり決定する。

生 保: 有・無	本人課税状況: 課税・非課税	交付年月日	
配偶者: 有・無	配偶者課税状況: 課税・非課税	年 月 日	
世帯人数: 人	利用者負担段階: 第 段階/却下	適用年月日	有効期限
老齢福祉年金: 有・無	要介護度: 支1・2 / 介1・2・3・4・5	年 月 日	年 月 日
合計所得+年金収入: 80.9万以下・80.9万～120万・120万以上		取扱者氏名	
預貯金等: 万円(夫婦 万円)以下・超			

鷹栖町受付印