

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

南三陸町長 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。

フリガナ	被保険者番号
被保険者氏名	性別 男 ・ 女
個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	連絡先
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	連絡先
入所(院)年月日 (※)	昭・平 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 ・ 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。
フリガナ		
氏 名		
生年月日	明・大・昭 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	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 若しくは 市町村民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に ○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 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯に属する者であつて、 課税年金収入額と合計所得金額と【 遺族年金※・ 障害年金 】収入額の合計金額が 年額80万円以下です。 (受給している年金に○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。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯に属する者であつて、 課税年金収入額と合計所得金額と【 遺族年金※・ 障害年金 】収入額の合計金額が 年額80万円を越えます。 (受給している年金に○して下さい)	
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が1000万円(夫婦は2000万円)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	有価証券 (評価概算額)	その他(現金・ 負債を含む)
	円	円	() ※ 円

※内容を記入してください

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うえ添付してください。
- (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

南三陸町長 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

㊞