

介護保険負担限度額認定申請書

配偶者なし

平成〇〇年〇〇月〇〇日

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 | ミナミサンリク タロウ | | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 被保険者氏名 | 南三陸 太郎 | | 性別 | 男 | | 女 | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・ 昭 | | 12 | | 年 | | 3 | | 月 | | 4 | | 日 |
| 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 南三陸町〇〇字△△□□番地 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 0226-〇〇-〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 介護老人保健施設 〇〇苑 | | 南三陸町〇〇字△△□□番地 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 0226-△△-〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 昭 | 平 | 24 | | 年 | | 12 | | 月 | | 1 | | 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。 | | | |

記載不要です

| | | | | |
|------|-------|----|---|-----|
| 課税状況 | 市町村民税 | 課税 | ・ | 非課税 |
|------|-------|----|---|-----|

該当する1箇所に
チェックしてください

| | | | | | | | | |
|------------|-------------------------------------|---|--|-----------|---------------|-----------------|-------------------|---|
| 収入等に関する申告 | <input checked="" 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市町村民税非課税世帯に属する者である、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○してください) ※寡婦年金、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○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る、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○してください) | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input checked="" 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、有価証券にかかると通帳等の写しは別添の通り】 | | | | | | |
| | 預貯金額 | ¥1,200,000 | 有価証券(評価概算額) | ¥0 | その他(現金・負債を含む) | (手持等)※ | ¥2,000,000 | 円 |
| | | 申請者が被 | | 必ず記入してくださ | | 記について記載は不要です。 | | |

該当する年金を○
で困ってください

| | | | |
|-------|------------------------|-----------|----------------------|
| 申請者氏名 | 南三陸 次郎 | 先(自宅・勤務先) | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 申請者住所 | 宮城県△△町〇〇字△△□□番地 | | 本人との関係 長男 |

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

< 本人 >

住所 **南三陸町〇〇字△△□□番地**

氏名 **南三陸 太郎**

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印

申請時には、添付書類(通帳写し等)のほか

○申請者の本人確認ができるもの(運転免許証等や介護保険被保険者証、医療保険証等)

※顔写真つきなら1点、それ以外は2点必要です。

○個人番号カードまたは個人番号通知カード

※被保険者本人および配偶者のものが必要です。

をおもちください。

郵送の場合は上記のコピーを添付してください。