

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

豊浦町長 様

| | | | |
|----------------------------------|-------------|---|-------|
| フリガナ | | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | | 個人番号 | |
| | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 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(※) | 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。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住 所 | 〒 連絡先 () - |
| | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 |

| 収入等に関する申告 | 負担段階 | 収入区分 | | 預貯金等の合計額 | |
|------------|--|---|-----------------|------------------------------|-----------------------|
| | <input type="checkbox"/> 第1段階 | 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 | | 単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下 | |
| | <input type="checkbox"/> 第2段階 | 市町村民税非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額との合計額が 年額80万円以下 | | 単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下 | |
| | <input type="checkbox"/> 第3段階 ① | 市町村民税非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額との合計額が 年額80万円超120万円以下 | | 単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下 | |
| | <input type="checkbox"/> 第3段階 ② | 市町村民税非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額との合計額が 年額120万円超 | | 単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下 | |
| 預貯金等に関する申告 | 預貯金、有価証券等の金額は以下のとおりです。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。 | | | | |
| | 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) |

※ 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 |

同意書

豊浦町長 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、豊浦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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

※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、その全てを記入し、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、支給された額の最大2倍の金額を返還していただくことがあります。