

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

<配偶者>

住所

氏名

※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。