

# 介護保険負担限度額認定申請書

椎葉村長 椎葉 晃充 様

令和 年 月 日

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。

## ○申請者に関する事項

フリガナ		保険者番号		4	5	4	3	0	6
被保険者氏名	印	個人番号							
		被保険者番号	0	0	0	0	0		
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒 - 電話番号 ( ) -								
現在入所している介護保険施設の名称及び所在地(入所されていない場合は記載不要です。)	名称								
	住所地	〒 - 電話番号 ( ) -							
	入所日	年 月 日	結果通知書・認定証の送付先として施設を	希望する・希望しない					

## ○配偶者に関する事項

配偶者の有無	有・無	左記において配偶者「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		個人番号						
	配偶者氏名	印	被保険者番号	0	0	0	0	0	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女					
	配偶者住所	〒 - 電話番号 ( ) -							
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 - 電話番号 ( ) -							
	課税状況	住民税	課税	非課税					

◎裏面(収入及び預貯金等に関する申告等)に続きますので、裏面も必ずご記入下さい。

### 【椎葉村記入欄】

起 案 日
年 月 日
交 付 決 定 日
年 月 日
適 用 開 始 日
年 月 日 から
有 効 期 限 日
年 月 日 まで

負担段階判定	第 段階
生活保護受給	有・無
老齢福祉年金受給(M44.4.1以前生)	有・無
住 民 税	課税・非課税
非課税年金有無	有・無
収 入 (基準額80万円)	以内・超過

介護保険料滞納	有・無
配 偶 者	有・無
配偶者住民税	課税・非課税
資 産 基 準 額	円
資 産 合 計	円
資 産 判 定	以内・超過

(表面からの続き)

○収入等に関する申告(申請者)

収入等に関する申告	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
	市町村民税世帯非課税かつ、(受給している年金に〇して下さい) 合計所得金額と課税年金収入額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計年額が80万円以下です。 ※ 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。
	市町村民税世帯非課税かつ、(受給している年金に〇して下さい) 合計所得金額と課税年金収入額と【※遺族年金・障害年金】収入額の合計年額が80万円を超えます。 ※ 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。

○預貯金等に関する申告(申請者及び配偶者)

種類	氏名(口座名義人)	金融機関名及び支店名	預貯金額
預貯金			円
			円
			円
			円
有価証券	氏名	種類	評価概算額
			円
その他 (現金・負債含む)	氏名	種類	金額
			円
			円

\*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下さい。

○申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

フリガナ		申請者本人との関係
代筆者氏名	印	
代筆者住所	〒 - (□申請者と同じ) 電話番号 ( ) -	

◎同封して下さる「同意書」をよくご確認して、必要事項を記入の上、申請書と必要書類を添えて一緒に提出して下さい。

\*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下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 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

椎葉村長 椎葉 晃充 様

1 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、貴市町村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。

2 当該申請が決定された場合には、当該申請にかかる決定事項について、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設等に椎葉村が情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

〈本人〉

氏名

印

住所

〈配偶者〉

氏名

印

住所