

介護保険負担限度額認定申請書(通知書控)

通知先	〒 _____ (住所) 氏名 _____		次のとおり、食費及び居住費にかかる介護保険負担限度額認定を申請します。 また、本申請にかかる受給者の世帯全員の課税状況及び収入状況等を公簿等で確認することを了承します。 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日  鷹栖町長 様									
	被保険者	(氏名) _____ (代筆者名)										
番号		2 0 0 0 0 _____	生年月日	____年 ____月 ____日生	性別	男・女						
要介護状態等区分	要介護	1 2 3 4 5	要支援	1 2	認定有効期間	____年 ____月 ____日～ ____年 ____月 ____日						
現在入所(院)している介護保険施設の所在地・名称及び入所(院)開始日	名称	(老人福祉施設・老人保健施設・療養型医療施設)			入所(院)開始日							
	所在地	_____			____年 ____月 ____日から							
配偶者の有無	有 ・ 無 ※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	明治・大正・昭和 ____年 ____月 ____日										
	住所	〒 _____ _____										
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税										
収入等に関する申告	世帯の課税状況等	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯です。 <input type="checkbox"/> その他(生活保護受給者・市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者)です。										
	65歳以上の方(年金収入額+合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下、かつ、預貯金等金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。										
		<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下、かつ、預貯金等金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。										
		<input type="checkbox"/> 年額120万円超、かつ、預貯金等金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。										
	65歳未満の方	<input type="checkbox"/> 預貯金等金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。										
預貯金	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	円							

- 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また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所有している場合は、そのすべてを記入してください。  
 (3) 書ききれない場合は、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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

介護保険負担限度額認定に必要があるときは、官公署、年金保険者または銀行等その他関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(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の残高について、報告を求めめることに同意します。また、銀行等へ私及び配偶者が同意している旨を伝えても構わないことについても同意いたします。

被保険者本人 \_\_\_\_\_ 配偶者 有 無 \_\_\_\_\_  
 (※ 無の場合は記入不要です)

《町記入欄》 上記の申請に基づき、以下のとおり決定する。

生保: 有・無	本人課税状況: 課税・非課税	交付年月日	鷹栖町受付印	
配偶者: 有・無	配偶者課税状況: 課税・非課税	____年 ____月 ____日		
世帯人数: ____人	利用者負担段階: 第 ____ 段階/却下	適用年月日		有効期限
老齢福祉年金: 有・無	要介護度: 支1・2 / 介1・2・3・4・5	____年 ____月 ____日		____年 ____月 ____日
合計所得金額+年金収入額: 80万以下・80～120万・120万以上	取扱者氏名	_____ (印)		
預貯金等: ____万円(夫婦 ____万円)以下・超				