

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年 △月 □日

(申請先)

忠岡町長 様

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	タダオカ タロウ	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
被保険者氏名	忠岡 太郎 (※)	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
生年月日	明・大・昭 ○○年 □□月 △△日	性別	男											
介護保険施設に入所(院)している場合に記入してください。	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇〇〇丁目〇番〇号 連絡先 〇〇-〇〇〇〇													
所在地及び名称(※)	〒〇〇〇〇-△△△△ 〇〇町〇〇〇丁目△番△号 特別養護老人ホーム△△荘 連絡先 △△-△△△△													
入所(院)年月日(※)	〇〇年 □□月 △△日 (※) 介護保険施設に入所(院)していない場合及び施設に入所していない場合は、記入不要です。													

配偶者の有無	有											
配偶者に関する事項	ハナコ 花子 ○年 □□月 △△日 個人番号 〇 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1											
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〇番〇号 連絡先 〇〇-〇〇〇〇											
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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										
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって課税年金収入額と合計所得金額と年額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。同じ。	【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が (受給している年金に〇して下さい)									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって課税年金収入額と合計所得金額と年額80万円を超えます。	【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が (受給している年金に〇して下さい)									
	<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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	預貯金額	3,000,000 円	有価証券(評価概算額)	2,500,000 円	その他(現金・負債を含む)	現金	1,000,000 円	※内容を記入して下さい		

申請者氏名	大阪 一郎											
申請者住所	〒△△△-△△△△ 〇〇町〇〇〇丁目△番△号 特別養護老人ホーム△△											
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。	連絡先(自宅・勤務先) 〇〇-〇〇〇〇 本人との関係 施設職員											

被保険者本人以外が申請書を提出する場合、必ず記入してください。(申請書や添付書類の内容について、お問い合わせする場合があります。)

預貯金等の額を記入してください。複数通帳を所有している場合は合計額を記入してください。また、配偶者「有」の場合は、被保険者と配偶者の通帳の写しが必要で、必ず添付してください。

介護サービスの規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還して

写し 項

同意書

忠岡町長 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、忠岡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

**同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず
手書きで記入してください。**

令和〇〇年 △月 □日

<本人>

住所 泉北郡忠岡町〇〇〇丁目〇番〇号

氏名 忠岡 太郎 (※)

<配偶者>

住所 泉北郡忠岡町〇〇〇丁目〇番〇号

氏名 忠岡 花子 (※)

(※)において、本人又は配偶者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。