

(表 面)

介護保険負担限度額認定申請書

会津坂下町長

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。

フリガナ											被保険者番号										
被保険者氏名	⑨										個人番号										
生年月日											性別										
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（※）	平・令	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	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号													
	住所	-----										連絡先							
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	-----																		
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 type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であつて、（受給している年金に〇してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額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。以下同じ。														
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であつて、（受給している年金に〇してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。														
預貯金等に関する申告	<input 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		円	有価証券		円	その他	()	※	円	（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

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ください。
- 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。
- 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。

(裏 面)

同 意 書

介護保険負担限度額認定のため必要があるときは、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等の残高について、照会することに同意します。

また、会津坂下町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

会 津 坂 下 町 長 あて

令和 年 月 日

<本 人>

住 所 :

氏 名 :

印

<配偶者>

住 所 :

氏 名 :

印