

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ				被保険者番号									
被保険者氏名				個人番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女							
住民票上の住所	〒 電話番号												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号												
入所(院)年月日(※)	大・昭・平	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。								

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、記入不要。												
配偶者に関する事項	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日					
	氏名				課税状況(町県民税)	課税・非課税								
	住所	□同上(※被保険者の住所と違う場合は記入してください。) 〒												
	本年1月1日現在の住所	□同上(※被保険者の住所と違う場合は記入してください。) 〒												

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って、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下											
	<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の合計額が年額80万円超え											
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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり											
	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)	() ※	円				

※通帳の写し(口座名義人と残高がわかるページ)をこの申請書と提出してください。

大槌町長 様

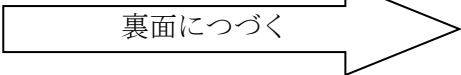
上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

年 月 日

申請者	住所	〒 電話番号										
	氏名		本人との関係									

<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所有している場合は、その合計金額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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

大槌町長 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。）に対して、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、報告を求めることに同意します。

また、貴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。

【 注 】 本人と配偶者の印は、別々の印を使用してください。

(認印可・シャチハタ不可)

年 月 日

<本人>

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

<配偶者>

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

- ※ 表面下記の注意事項を熟読のうえ、記載内容をご確認ください。
- ※ 記入、押印漏れ等不備がある場合は審査できません。

※ 大槌町担当者記入欄

所得段階	備考	交付年月日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階		適用年月日	年 月 日
		有効期限	年 月 日