

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 湯沢町長 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。

1. 被保険者について

フリガナ													
被保険者氏名	被保険者番号												
	個人番号												
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日												
住 所													
	連絡先Tel												
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)													
	連絡先Tel												
入所(院)年月日 (※)	年 月 日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合、ショートステイを利用している場合は、記入不要です。												

2. 配偶者について

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。												
フリガナ																										
氏 名																										
生年月日	明・大・昭 年 月 日													個人番号												
住 所																										
	連絡先Tel																									
	※本年1月1日現在の住所と 同じ ・ その他()																									
町民税課税状況	課税 ・ 非課税																									

3. 被保険者の資産状況等について

年金の受給状況 (該当するものに✓)	☐ 遺族年金※ ☐ 障害年金 ☐ その他の年金 ☐ 受給していない													※遺族年金については、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。																																																																
収入や預貯金等 に関する申告 (該当するものに✓)	☐ 生活保護受給者																																																																													
	☐ 世帯全員 が町民税 非課税	☐ ・ 老齢福祉年金受給者 ・ 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																																																																												
		☐ ・ 年金収入額とその他合計所得金額の合計額が年額80万円以下 ・ 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下																																																																												
		☐ ・ 年金収入額とその他合計所得金額の合計額が年額80万円超120万円以下 ・ 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下																																																																												
		☐ ・ 年金収入額とその他合計所得金額の合計額が年額120万円超 ・ 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下																																																																												
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													()※												

※内容を記入してください

4. 申請者について (申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です)

申請者氏名														連絡先																									
申請者住所														本人との関係																									

注意事項

<裏面も記入してください。>

- (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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (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。

町記入欄	審 査													決 裁 欄												
	本人世帯	非課税 ・ 課税												承認 ・ 却下	第1段階	部長	課長	係員	担当							
	配偶者	非課税 ・ 課税													第2段階											
	所得要件	確認 ・ 未確認													第3段階 ① ・ ②											
	資産要件	範囲内 ・ 超過													第4段階											

同意書

(あて先)湯沢町長

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伝えて構いません。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名
