

## 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。

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(※)	平成・令和	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	年	月	日	個人番号					
	住所	連絡先Tel									
	本年の1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)										
課税状況	町民税	課税	・	非課税							

収入や預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	町民税世帯非課税者であって、課税・非課税年金収入額とその他合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。	また、	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)以下です。							
	<input type="checkbox"/>	町民税世帯非課税者であって、課税・非課税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120万円以下です。	また、	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)以下です。							
	<input type="checkbox"/>	町民税世帯非課税者であって、課税・非課税年金収入額とその他合計所得金額の合計額が年額120万円超です。	また、	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)以下です。							
	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

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(自宅・勤務先)										
申請者住所	本人との関係										

## 注意事項

&lt;裏面も記入してください。&gt;

- 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。
- 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。

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

---