

介護保険負担限度額認定申請書

R03.08

年 月 日

(申請先) 大紀町長 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			個人番号																	
生年月日	年	月	日	性別	男・女															
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(※)	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、記入不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	年	月	日	個人番号															
	住所																			
		電話番号																		
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															

収入等及び預貯金等に関する申告	<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。 ○預貯金等、有価証券等の合計が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下です。 ※65歳未満の場合、1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。以下同じ。																		
	<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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万以下です。 ○預貯金等、有価証券等の合計が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下です。																		
	<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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 ○預貯金等、有価証券等の合計が500万円(夫婦の場合は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)	()	※内容を記入										円

受給している全ての年金の保険者に○して下さい
日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

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(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	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。
- (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。

※裏面の同意書にも記入してください

同意書

(宛先) 大紀町長

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、大紀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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

委任状

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ (委任者との関係)

私は上記の者を代理人と定め、次の手続き等を委任します。

【委任事項】※該当するものに☑、又は記入

介護保険新規申請及び更新等の各種申請

介護保険各種届出書

介護保険負担限度額等の申請

その他 (_____)

年 月 日

(委任者)

住 所 _____

氏 名 _____

【 負担限度額認定申請チェックリスト 】

※申請書の提出の前に下記についてご確認ください。

<input type="checkbox"/>	被保険者の氏名・住所・被保険者番号は記入されていますか？
<input type="checkbox"/>	配偶者の有・無に ○ はついていますか？
<input type="checkbox"/>	(配偶者が「有」の場合) 「配偶者に関する事項」の欄が漏れなく記入されていますか。
<input type="checkbox"/>	収入等に関する申告について該当する区分に☑、受給している年金に○はついていますか。
<input type="checkbox"/>	預貯金等に関する申告に☑は記入されていますか？
<input type="checkbox"/>	(被保険者本人以外が提出する場合) 申請者氏名・住所等の記入はされていますか？
<input type="checkbox"/>	裏面の同意書は記入されていますか？
	通帳等のコピーは添付されていますか？ (本人、配偶者含む)
<input type="checkbox"/>	通帳ごとに、①金融機関名・支店・口座番号・名義の分かる箇所(見開き1枚目)、②最終残高(直近3か月以内の印字記載のあるもの)が確認できる箇所の写しをご用意ください。 ※通帳を複数所有している場合は、通帳ごとにコピーを添付してください ※生活保護受給者の方は通帳のコピーの添付の必要ありません。
<input type="checkbox"/>	委任状兼同意書に記入・押印はされていますか？ ※被保険者本人以外が窓口へ来られる場合も、提出が必要です。