

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

川辺郡猪名川町長 様

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		保険者番号		2	8	3	0	1	0
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0			
性別	男・女	個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
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（※）	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		個人番号						
	氏名								
	生年月日	年 月 日	課税状況	市町村民税	課税	・	非課税		
	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）	〒							
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。（受給している年金に○して下さい。） ※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、120万円以下です。（受給している年金に○して下さい。） <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】収入額の合計額年額120万円を超えます。（受給している年金に○して下さい。）								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
預貯金等に関する申告	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	※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	

※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、下記についての記載は不要です。

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、同意書のご記入もお願いいたします。

同意書

川辺郡猪名川町長 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。

年 月 日

〈 本人 〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈 配偶者 〉

住 所 _____

氏 名 _____

猪名川町処理欄(以下は記入しないでください)

所属世帯 課税状況等	非課税 ・ 課税 ・ 配偶者の課税状況および資産の勘案より非該当				
課税年金額	円	負担段階	1・2・3①・3②・4	経過措置	有・無
交付年月日	適用年月日				
年 月 日	年 月 日 から 年 月 日まで				
受 付		備考			