

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

さつま町長 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			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									
住所	連絡先														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	住所：														
	名称：		連絡先												
入所(院)年月日(※)	平・令	年	月	日	<small>(※)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。</small>										

配偶者の有無	有 ・ 無		<small>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。</small>													
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														
	<small>本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)</small>															
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税															

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②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"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 <small>※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。</small>													
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円超120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。													
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②の場合1000万円（夫婦2000万円）、③の場合650万円（夫婦1650万円）、④の場合550万円（夫婦1550万円）、⑤の場合500万円（夫婦1500万円）以下です。（※第2号被保険者の場合：預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦2000万円）以下です。）													
	預貯金額 <small>(普通・定期)</small>	円	有価証券 <small>(評価概算額)</small>	円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	() ※	円	<small>※内容を記入して下さい</small>						

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・携帯）
申請者住所	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

さつま町長 殿

介護保険負担限度額のために必要があるときには、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まいります。

年 月 日

〈本人〉

住所

.....

氏名

.....

〈配偶者〉

住所

.....

氏名

.....

※決定通知の送付先

- 被保険者住所地
入所施設
その他（その他の場合は下記の送付先欄を記入して下さい）

送付先氏名		被保険者との関係	
送付先住所	〒	電話番号（	）