

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

松前町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度認定を申請します。

年度

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	〒																			
	電話番号（ ） -																			
申請時の状況	1 施設入所	入所（院）		年		月		日		（※）介護保険施設に入所（院）していない場合又はショートステイを利用している場合は、記入不要です。										
	2 ショートステイ	年月日（※）																		
入所（院）している介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒																			
	電話番号（ ） -																			

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	明・大・昭	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																		

収入等に関する申告	非課税年金受給	有 ・ 無	非課税年金の種類	<input type="checkbox"/> 遺族年金（寡婦年金・かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。） <input type="checkbox"/> 障害年金															
	受給している非課税年金保険者	<input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済																	
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者																		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者、かつ、預貯金等の合計が1,000万円（夫婦は、2,000万円）以下																		
	市町村民税非課税世帯に属する課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が																		
	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下である者、	かつ、預貯金等の合計が650万円（夫婦は、1,650万円）以下																	
	<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下である者、	かつ、預貯金等の合計が550万円（夫婦は、1,550万円）以下																	
	<input type="checkbox"/> 年額120万円超である者、	かつ、預貯金等の合計が500万円（夫婦は、1,500万円）以下																	
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する2号被保険者、	かつ、預貯金等の合計が1,000万円（夫婦は、2,000万円）以下																	
	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	※内容を記載してください。											

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	電話番号（自宅・勤務先）
	（ ） -
申請者住所（事業所が提出する場合は、事業所名及び所在地）	本人との関係
〒	

裏面も記入してください。

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、その全てを記入し、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、支給された額を返還していただくほか、支給された額の最大2倍の額を支払っていただくことがあります。

	本人			配偶者		
松前町	課税年金収入	円		課税年金収入	円	
記入欄	第 段階 非課税年金収入	円		第 段階 非課税年金収入	円	
	合計所得金額	円		合計所得金額	円	

同意書

松前町長 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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、照会することに同意します。

また、松前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差し支えありません。

年 月 日

<本人>

住所 〒

氏名

⑩

<配偶者>

住所 〒

氏名

⑩