

介護保険負担限度額認定申請書

被保険者に関する事項	フリカ、ナ		保険者番号	五戸町	0	2	4	4	2	2	
	被保険者氏名		被保険者番号								
			個人番号								
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女							
	住 所	〒	電話番号								
	介護保険施設等の種類	1 特別養護老人ホーム 2 老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 介護医療院 5 その他 ※1～4は申請時に入所している場合に選択									
	介護保険施設の所在地及び名称 ※										
入所年月日※	年 月 日	※介護保険施設に入所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。									

配偶者に関する事項	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。			
	フリカ、ナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名						
	住 所	〒	電話番号				
	本年1月1日現在の住所※	〒				※現住所と同じ場合は記入不要です。	
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税					

収入に関する申告	<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／境界層該当者					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。					
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税・非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。					
非課税年金に関する申告	※非課税年金を受給している方は、該当する【年金種別】及び【年金保険者】にチェックを入れる。 【年金種別】 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 【年金保険者】 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済						
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	通帳等の写しのとおり、預貯金、有価証券等の合計が1000万円（配偶者がいる方は夫婦合わせて2000万円）以下です。					
	預貯金額	円	有価証券等	円	負債	円	合計

五戸町長 殿	
上記のとおり食費及び居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。	
年 月 日	
申請者 住所	
氏名	電話番号

<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、複数所有している場合は、そのすべての通帳等の写しを提出してください。
- (3)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。
- (4)非課税年金とは、日本年金機構又は共済組合等から支払われる国民年金、厚生年金、共済年金の各制度に基づく遺族年金・障害年金を指し、具体的には、年金保険者から通知される振込通知書、支払通知書、改定通知書などに「遺族」や「障害」が印字された年金のほか、「寡婦」「かん夫」「母子」「準母子」「遺児」と印字された年金も判定の対象となります。

裏面にも記入が必要です。記入がない場合は受付できません。

同意書

五戸町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、官公署、年金保険者、または銀行、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

五戸町記入欄

交付年月日	審査結果	所得分布の状況等
年 月 日	利用者負担段階	配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階	住民税 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯（家族/本人/配偶者）
年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階	預貯金等の金額 <input type="checkbox"/> 未満 <input type="checkbox"/> 超過
有効期限	<input type="checkbox"/> 第3段階	合計所得額+課税・非課税年金収入額＝ 円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認しない	その他