

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 内灘町長

提出する日付をご記入ください。

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。

| | | | | | |
|-----------------|--|---------|-----------------|-----------------------------------|--|
| 被保険者氏名 | 内灘 一郎 | | 被保険者番号 | 9876543210 | |
| | | | 個人番号 | | |
| 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 | | 性別 | 男 | |
| 住所 | (〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 河北郡内灘町字□□〇-〇-〇 | | マイナンバーをご記入ください。 | | |
| 入所(院)施設の所在地及び名称 | 所在地 | 電話番号() | | ※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は記入不要です | |
| | 名称 | | | | |
| 入所(院)年月日 | 年 月 日 | | | | |

| | | | | | |
|-----------|--|-----------------------------|--|---|--------------|
| 配偶者の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 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。なお、配偶者とは、内縁関係も含みます。 | | |
| 配偶者に関する事項 | 氏名 | 内灘 花子 | | 個人番号 | 123456789000 |
| | | 生年月日 | 昭和〇〇年〇月〇日 | | |
| | 住所 ※同居の場合は記入不要 | (〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 河北郡内灘町字□□〇-〇-〇 | | 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | (〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 金沢市□□町〇-〇 | | 左記を記入した場合 配偶者の市町村民税課税状況 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税 | |

| | | | |
|---|-------------------------------------|--|---|
| 収入等に関する申告 【 】の受給している年金及び年金保険者に○を付けてください。 | <input type="checkbox"/> | 第1段階 生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | 【年金保険者】 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 |
| | <input type="checkbox"/> | 第2段階 市町村民税非課税世帯であって、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。 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 第3段階① 市町村民税非課税世帯であって、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。 | |
| | <input type="checkbox"/> | 第3段階② 市町村民税非課税世帯であって、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。 | |

※「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。

| | | | | | |
|-------------------|---|---|-----------------|---|-------------------|
| 預貯金等の申告 (夫婦合計) | 預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また通帳等の写しを添付してください。 | | | | |
| | 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) |

※預貯金等については、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する必要があります。

・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額をご記入ください。
 ・預貯金額を記入し、通帳の写しを添付してください。
 ・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください。(但し、書類の入手が容易な場合に限る)
 ・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債(借金)等をご記入ください。名目と金額を記入し、負債の場合は必ず-(マイナス)をつけてください。
 ・また、記載欄に入りきらない場合は別紙に記入の上添付してください。

②
万円
万円

22条第1項の規

※裏面の同意書に記入をお願いします。

同意書

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、照会することに同意します。また、内灘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。

令和〇〇年〇月〇日

<本人> 住所 河北郡内灘町字□□〇-〇-〇

氏名 内灘 一郎

<配偶者> 住所 河北郡内灘町字□□〇-〇-〇

氏名 内灘 花子

※本人が自署した場合、押印不要

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入は不要です。

| | | | |
|-----------|--|-------|--|
| 提出者又は事業所名 | | 電話番号 | |
| 住 | 「申請書を提出する方」の氏名、住所、連絡先、ご本人との関係をご記入ください。 配偶者等ご家族の方が提出される場合もご記入ください。 事業所の方が提出される場合は事業所名もご記入下さい。 | 人との関係 | |

----- 以下 保 険 者 記 入 欄 -----

| 交付(通知)年月日 | 生活保護 | 利用負担段階 | 第 段階 | 結 果 | | |
|-------------|-------|---------|----------|-------------------|----------------------------|---|
| 年 月 日 | 有 ・ 無 | 判定所得金額 | 円 | 1. 該当 | | |
| | 老福年金 | | 円 | 2. 非該当 | | |
| 適用年月日 | 有 ・ 無 | 内 訳 | 年金合計 | 事 由 | (本人・家族・配偶者)課税 預貯金等合計額超過 | |
| 年 月 日 から | 保険料 | | 公的年金 | | | 円 |
| | 第 段階 | | 非課税年金 | | | 円 |
| 有効期限 | 給付制限 | 預貯金等合計額 | 円 | 3. 未申告(本人・家族・配偶者) | | |
| 年 月 日 まで | 有 ・ 無 | 配偶者課税状況 | 課税 ・ 非課税 | 備 考 | | |