

決裁日				令和	年	月	日
主管課長	課長補佐	係長	係				

介護保険負担限度額認定申請書

大島郡喜界町長 様

令和 年 月 日

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	4	6	5	2	9	4
被保険者氏名			被保険者番号	5	2	9	0	0	
			個人番号						
生年月日	年	月	日						
住 所			電話番号						
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称※	〒		鹿児島県大島郡喜界町大字		電話番号				
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								
	氏 名								
	生年月日	年	月	日	個人番号				
	住 所	〒		連絡先電話番号					
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒		連絡先電話番号						
課税状況	市町村民税		課税			非課税			
収入等に関する申告					対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）				
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者		1000万円（2000万円）以下					
	<input type="checkbox"/>	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。（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。		650万円（1650万円）以下					
	<input type="checkbox"/>	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80万円超120万円以下です。（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。		550万円（1550万円）以下					
<input type="checkbox"/>	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。（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。		500万円（1500万円）以下						
預貯金等に関する申告	預貯金額	有価証券 （評価概算額）	その他 （現金・負債を含む）		内容（ ） 円				
申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。				受給している全ての年金の保険者に○をしてください。					
申請者氏名			電話番号		日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済				
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。
- 第2号被保険者（65歳未満）の資格要件については、段階に関わらず単身1000万円、夫婦2000万円以下です。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 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

喜界町長

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 鹿児島県大島郡喜界町大字

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名
