

(表面)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 久米南町長

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。

令和 年度

フリガナ		被保険者番号	6	6	3										
被保険者氏名 (申請者)		個人番号													
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女												
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(※)	電話番号														
入所(院)年月(※)	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、記入不要です。													
配偶者に関する 事項	フリガナ		個人番号													
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日												
	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 ・ 非課税														

収入等に関する 申告	非課税年金受給	有 ・ 無	「有」の場合は、当てはまるものに ○をしてください。				遺族年金・障害年金								
	☐ 生活保護受給者、老齢福祉年金受給者（第1段階）			☐ 預貯金等の合計が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下											
	☐ 年金収入額等が 80 万円以下（第2段階）			☐ 預貯金等の合計が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下											
	☐ 年金収入額等が 80 万円超 120 万円以下（第3段階①）			☐ 預貯金等の合計が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下											
	☐ 年金収入額等が 120 万円超（第3段階②）			☐ 預貯金等の合計が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下											
	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)	(内容) 円							

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）	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、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

(2) 遺族年金には、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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

保険者 確認欄	備 考	受 付	入 力	確 認

※裏面の同意書にも記入してください。

同 意 書

(宛先) 久米南町長

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、久米南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。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名