

介護保険負担限度額認定申請書

吉野町長 あて

平成 年 月 日

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

フリガナ			被保険者番号	0 0 0 0 0					
被保険者氏名	㊟		個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女			
住 所	〒		電話番号 ()						
利用施設区分	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所利用								
	施設 の 名 称							※左欄は短期入所利用の場合には記入不要です。	
	施設 の 所 在 地								
入 所 年 月 日	年	月	日						

裏面にも記入欄がございますのでご注意ください。

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					
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日生				
	配偶者氏名								
	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)	〒							
市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税								

※この申告書における「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。

資産に関する申告	<input type="checkbox"/> 現金、預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。							
	現金及び預貯金	本人	①	円	配偶者	④	円	
	有価証券(評価概算額)	本人	②	円	配偶者	⑤	円	
	その他(負債等)	本人	③	円	配偶者	⑥	円	
※資産については裏面申告書に記載の上、預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。 ※上記に記載した金額については、裏面申告書の各項目の合計と同額になるように記載してください。								

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 ※生活保護受給者は配偶者に関する事項及び資産に関する申告は記載不要です。							
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、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〇してください						受給している全ての年金の保険者に <input checked="" type="checkbox"/> してください <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	
	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、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80万円以上です。 受給している年金に〇してください							

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

代理申請者 (窓口に来られた方)	氏 名	㊟		連 絡 先	
	住 所			本人との関係	

町記入欄

交付年月日	年 月 日	合計所得金額	円	利用者負担段階 第 段 階
適用年月日	年 月 日	課税年金収入	円	
有効期限	年 月 日	非課税年金収入	円	

資産に関する申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容		合計額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額	① 円
		[支店]	円	
		[支店]	円	
現金			円	
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額	② 円
			円	
その他 (負債等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	③ 円
			円	

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容		合計額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額	④ 円
		[支店]	円	
		[支店]	円	
現金			円	
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額	⑤ 円
			円	
その他 (負債等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	⑥ 円
			円	

注1) 通帳等の写しは、「銀行名・支店・口座番号・名義のわかるページ」と「直近2ヶ月間の取引が確認できる記帳ページ」のコピーを添付してください。

注2) 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、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注4) 負債については、添付書類を確認し、預貯金等から差し引きます。

注5) 添付書類については、下記の表を確認してください。

注6) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

資産の内容	添付書類
預貯金(普通・定期)	通帳の写し(インターネットバンクの場合はウェブサイトの写しでも可)
有価証券(株式・国債・地方債・社債等)	証券会社や銀行の口座残高の写し
負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書等の写し