

介護保険負担限度額認定申請書

【町記入欄】

利用者負担段階	備 考 欄						交付年月日
1・2・3・4	年金収入額 _____ 円			□生活保護受給該当			
	合計所得金額 _____ 円			□老齢福祉年金該当			適用年月日
決裁欄	課 長	課 長 補 佐	主 幹	係 長	主 査 ・ 主 事	入 力 処 理	
							有 効 期 限

注意事項

- 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うえ添付してください。
- 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。

年 月 日

(申請先)

能 登 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。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名	Ⓜ	個人番号	
生年月日		性別	
住 所	〒 _____ 連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先		
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		
	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	・

収入等に関する申告	<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			
	<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○してください) ※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。			受給している全ての年金の保険者に○して下さい。  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"/>	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○してください)			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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。 ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり			
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含)

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。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

## 同意書

能登町長

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。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

⑨

〈配偶者〉

住所

氏名

⑨

※事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_