

介護保険負担限度額認定申請書

※裏面と同意書も記入してください。

フリガナ											保険者番号	3	9	3	4	1	3				
被保険者氏名											被保険者番号										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女															
住所	〒										電話番号 ()										
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<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"/> 介護医療院					<input type="checkbox"/> 短期入所利用					<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設				
介護保険施設の所在地及び名称											※この欄は、介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。										
入所年月日	年 月 日										※この欄は、介護保険施設に入所(入院)しない場合には記入不要です。										
配偶者 有・無 ※右欄において「無」の場合は記入不要です。	フリガナ											性別	生年月日								
	氏名											男・女	明治・大正・昭和 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)																				
	本山町介護保険被保険者番号																				
収入等・預貯金等に関する申告	裏面申告書のとおり																				
<p>本山町長様</p> <p>上記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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名・印 電話番号</p>																					

【注意】 1. 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。
 2. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

【町記入欄】

確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 税証明 (他市町村に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書	【利用者負担段階】 第1段階 第3段階① 第4段階 ※該当項目を○で囲む。 第2段階 第3段階② 非該当

本申請について、下記のとおり決定してよいか、お伺いします。

審査	決定	決 裁 欄	担当課長	課長補佐	班 長	担 当	受 付	
本人世帯 配偶者 資 産	非課税・課税 非課税・課税 範囲内・超過		承認・却下					
適 用 期 間				※任意番号を町が記入				
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日								

収入等申告書

1 市町村民税課税状況

本人世帯	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護受給
配偶者	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護受給

2 本人の非課税年金（遺族年金・障がい年金）基礎年金番号及び収入金額

基礎年金番号		年金収入金額	円
--------	--	--------	---

※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金も含まれます。

3 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
	<input type="checkbox"/> 無	〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
			円
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

4 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
	<input type="checkbox"/> 無	〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有	種 類	評価概算額
			円
	<input type="checkbox"/> 無		円
その他	<input type="checkbox"/> 有		円
	<input type="checkbox"/> 無		円

注1) 配偶者が、本山町以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注2) 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) 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。