

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

熊本県阿蘇市長 様

次の通り関係書類を添えて食費・居住費(滞在費)にかかわ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	⑩										個人番号										
生年月日	年	月	日	性	別	男・女															
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 ・ 非課税																			

収入等に関する申告	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																	
	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。															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		
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80万円を超えます。(受給している年金にして下さい)																		
預貯金等に関する申告	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、有価証券にかか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・負債を含む)	()円	

内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名											連絡先(自宅・勤務先)									
申請者住所											本人との関係									

注意事項

- (1) この申請における「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) 預貯金等については、同じ種類の預貯金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。
- (3) 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。
- (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甲の規定に基づき、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

阿蘇市長 様

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、阿蘇市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

氏名

印

< 配偶者 >

住所

氏名

印