

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

河北町長

裏面の注意事項(※)を確認し、関係書類を添えて、次のとおり食費・居住費(滞在費)に係る介護保険負担限度額認定の申請をします。

フリガナ			被保険者番号												
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女									
住所											電話				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)											電話				
入所年月日(※)	昭	平	令	年	月	日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合は記載不要です。								

配偶者の有無	有・無	「無」の場合は、「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	明・大・昭	年	月	日	個人番号								
	住所											電話		
	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	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者									
	市町村民税非課税世帯であって、前年の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 ※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。									
	<input type="checkbox"/>	年額80万円以下、 かつ、預貯金等の合計額が650万円(夫婦の場合は1,650万円)以下※ ※第2号被保険者の場合、預貯金等の合計額が1,000万円(夫婦の場合2,000万円)以下。以下同じ。								
	<input type="checkbox"/>	年額80万円超120万円以下、 かつ、預貯金等の合計額が550万円(夫婦の場合は1,550万円)以下								
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	年額120万円超、 かつ、預貯金等の合計額が500万円(夫婦の場合は1,500万円)以下								
	※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 (現金等)	()	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、下記について記載は不要です。

申請者氏名			本人との続柄		
申請者住所					

連絡先(自宅・勤務先)

◎裏面にも記入していただく事項がございます。

同意書

(申請先) 河北町長

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、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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、河北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

<配偶者>

住 所

氏 名

※注意事項

- (1) 申請書における「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) 預貯金については、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。
- (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居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。
- (5) 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を河北町健康福祉課で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません。

町記入欄

交付年月日	年 月 日	備考
適用年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	