

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

天塩町長

押印願います。

次のとおり関係書(住費(滞在費)に係る負担減額認定を申請します。

フリガナ	テシオ タロウ	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
被保険者氏名	天塩 太郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男 ・ 女
住所	天塩町新栄通8丁目	連絡先	2-1728
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	天塩町字サラキシ5710 天塩町特別養護老人ホーム 恵愛荘	配偶者等がいる場合に、記入してください。	2429
入所(院)年月日(※)	昭和 平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日	(※)介護トスタイ	場合及びショー

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	テシオ ハナコ	
氏名	天塩 花子	
生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
住所	天塩町新栄通8丁目	連絡先 2-1728
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		連絡先
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/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者	受給されている年金を〇で囲んでください			
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、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で囲んでください)				
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、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。	<input checked="" type="checkbox"/> 日本金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	<input checked="" 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	〇〇 円	有価証券(評価概算額)	〇〇 円	その他(現金・負債含む)	〇〇 円

申請者氏名	天塩 仮面	申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。	連絡先(自宅・勤務先)	2-1001
申請者住所	天塩町新栄通8丁目	預貯金・現金等の金額を記載ください。	本人との関係	子

注意事項

- (1) 該当する箇所に☑をつけてください。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等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。

裏面にも記入・押印願います。

同意書

天 塩 町 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。）の個人番号及び課税状況並びに保有する預貯金、有価証券等の残高について、閲覧・報告を求めることに同意します。

又、天塩町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えてかまいません。

令和 ○○年 ○○ 月 ○○ 日

<本人>
住 所

天塩町新栄通8丁目

氏 名

天 塩 太 郎

押印してください

<配偶者>
住 所

天塩町新栄通8丁目

氏 名

天 塩 花 子

印

印