

介護保険負担限度額認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

記入例

天塩町長様
次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）

押印願います。

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											
被保険者氏名	天塩 太郎 (印)	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男											
住所	〒天塩町新栄通8丁目													
入所(院)した介護施設の所在地及び名称(※)	天塩町字サラキシ 5710 番地 天塩町立特別養護老人ホーム恵愛荘												7 2 8	
入所(院)年月日(※)	平成〇〇年〇〇月〇〇日												2 4 2 9	

配偶者がいる場合に記入してください。

配偶者の有無	有		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		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日											
配偶者氏名	天塩 花子		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	〒天塩町新栄通り8丁目												電話番号	2-1728	
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。※寡婦年金、かん夫年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ	の基準額	550万円(夫婦は1,550万円)以下											
	<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80万円を超え120万円以下です。	の基準額	500万円(夫婦は1,500万円)以下											
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は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは添付のとおりです。													
	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									

【遺族年金・障害年金】の欄は受給されているほうを○でじかこんでください。

申請者が被保険者の場合には下記について記載は不要です。													
申請者氏名	天塩 仮面		連絡先(自宅・勤務先) ※日中連絡のつきやすい番号										
申請者住所	天塩町新栄通8丁目		2-1001										
		本人との関係 子											

注意事項

(1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしていないことを確認してください。

(2) 該当する箇所の□に✓をつけてください。

(3) 預貯金・現金等の金額を記載してください。

(4) 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倍の加算金を返金していただくことがあります。

預貯金・現金等の金額を記載してください。

裏面にも記入・押印をお願いします。

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。)に私及び綿の配偶者(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。

また、天塩町長の報告予九に対し、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。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

〈 本 人 〉

住 所 天塩町新栄通8丁目

氏 名 天 塩 太 郎

〈 配偶者 〉

住 所 天塩町新栄通8丁目

氏 名 天 塩 花 子

印

押印してください。

印