介護保険負担限度額認定申請書

□新規　　　□更新　　　□再申請　　　　 　年　　　月　　　日

芽室町長　あて

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被 保 険 者 番 号 | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大 ・ 昭　・ 平　　　　　　年　　　月　　　日 | | 性 別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 利用事業所の  所在地及び名称 | 〒 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 利用サービス種類 | □ 施設入所（特養、老健、医療院など）　　　□ 短期入所　　　　□ 未定 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(予定)年月日 | 平　・ 令　　　　　年　　　 月　　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告 | □　市町村民税非課税（生活保護受給者及び境界層該当者含む）  □　課税層特例（この場合、別途申告書の添付が必要です） | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 住民票上の世帯 | * 同一世帯　　　　□ 別世帯（町内在住）　　　□ 別世帯（町外在住） | | | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 大 ・ 昭　・平  年　　 月　　 日 |
| 氏名 |  | |
| 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） | 〒 | | | 市町村民税課税状況 |
| 課税　・　非課税 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 預貯金等に  関する申告 | 被保険者氏名 | | 配偶者氏名 | |
|  | |  | |
| 預貯金額  （普通・定期） | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| 有価証券等 | 種類 | 評価概算額 | 種類 | 評価概算額 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| その他  （現金、負債等を含む） | 種類 | 金額 | 種類 | 金額 |
|  | 円 |  | 円 |
|  | 円 |  | 円 |
| 合計 | 円 | | 円 | |

**◎ 裏面もご記入ください。**

芽室町記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 | 生活保護 | あり ・ なし | 境界層該当 | あり ・ なし |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 | 世帯の課税状況 | 課税（　　　　　　　　） ・ 非課税 | | |
| 有効期限 | 年　　月　　日 | 資産の状況 | 基準以下(単身　　　万円以下,夫婦　　　万円以下)・ 基準超 | | |
| 判定結果 | 承認 ・ 不承認 | 負担割合 | 第（ １・２・３①・３② ）段階・第４段階特例減額 | | |

（表面からの続き）

　　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。

(5)　利用者負担第４段階の特例減額申請の際は、別途資産等申告書及び要件を満たす添付書類が必要となります。

|  |
| --- |
| **同　意　書**    　　芽室町長　あて  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、貴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構いません。  年 　　月 　　日  ＜本　人＞  住所  氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印  ＜配偶者＞  住所  氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |