

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

那賀町長 殿

令和 年 月 日

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		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 女
住所	〒 電話番号		
入所(院)した介護保険施設の名称(※)	電話番号		
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。	
認定証送付先	該当に○ (住所地 ・ 入所施設 ・ 申請者住所 ・ その他) 〒 氏名		

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	明・大・昭 年 月 日	個人番号
	住所	〒	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		
課税状況	町民税	課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	町民税非課税世帯であって、年金収入額(非課税)年金含むと合計所得金額の合計額が					
	<input type="checkbox"/>	年額80万円以下、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下				
	<input type="checkbox"/>	年額80万円越120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下				
	<input type="checkbox"/>	年額120万円越、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下				
非課税年金受給状況	遺族年金 (寡婦年金、かん夫年金、母子年金、母子年金、遺児年金を含む) 準	有 ・ 無	障害年金	有 ・ 無		
預貯金等に関する申告	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

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	電話番号(自宅・携帯)	
申請者住所	〒	本人との関係

- 注意事項
- 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。
 - 預貯金等については、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、通帳等の写しを添付してください。
 - 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。
 - 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。

< 町確認欄 >

申請入力
令和 年 月 日
決定入力
令和 年 月 日

承認	利用者負担段階 / 第 段階
却下	理由

受付印

預貯金等の申告欄			
被保険者(本人)			
預貯金	金融機関等		預貯金額
	銀行	支店	円
	銀行	支店	円
	農協	支店	円
	ゆうちょ銀行		円
その他	種類		価格
			円
			円
配偶者			
預貯金	金融機関等		預貯金額
	銀行	支店	円
	銀行	支店	円
	農協	支店	円
	ゆうちょ銀行		円
その他	種類		価格
			円
			円

※預貯金等の額が確認できる書類（通帳の写し等）を忘れずに添付してください。

同意書

那賀町長 殿

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。）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て、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

氏名

(配偶者)

住所

氏名

介護保険負担限度額認定申請書 ※記載例です。

(申請先)

那賀町長 殿 令和〇〇年〇〇月〇〇日
 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	ナカ タロウ	個人番号	
被保険者氏名	那賀 太郎	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男 女
住所	〒 771-5495 那賀町延野字王子原31-1	電話番号	62-1141
入所(院)した介護保険施設の名称(※)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	
入所(院)年月日(※)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(※)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。	
認定証送付先	該当に〇 (住所地 入所施設 ・ 申請者住所 ・ その他) 〒 ※申請者住所又はその他に〇があった場合のみ記載 氏名		

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	ナカ ハナコ	↓配偶者がいない場合は【無】に〇	
	氏名	那賀 花子		
	生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	住所	〒 771-5945 那賀町延野字王子原31-1 (同上も可)		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
課税状況	町民税	課税	・	非課税

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	町民税非課税世帯であって、年金収入額(非課税)年金含むと合計所得金額の合計額が			
	<input type="checkbox"/>	年額80万円以下、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下	収入等に関する欄等については空白で大丈夫です。	
	<input type="checkbox"/>	年額80万円越120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下		
<input type="checkbox"/>	年額120万円越、かつ、預貯金等の合計額が一定額以下			
非課税年金受給状況	遺族年金 (寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む)	有 ・ 無	障害年金	有 ・ 無
預貯金等に関する申告	預貯金額 〇〇〇,〇〇〇円	有価証券 (評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む) 円

※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	那賀 次郎	電話番号(自宅・携帯)	090-1111-1111
申請者住所	〒 771-5295 那賀町和食郷字南川104-1	本人との関係	子

注意事項

- 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。
- 預貯金等については、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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

<町確認欄>

申請入力		段階
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	この欄は保健医療福祉課にて記入します。	
決定入力		
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		

受付印

※記載例です。

預貯金等の申告欄		
被保険者(本人)		
	金融機関等	預貯金額
預貯金	銀行 支店	円
	銀行 支店	円
	農協 支店	円
		円
その他		格
		円
預貯金		金額
		円
	銀行 支店	円
	農協 支店	円
その他	ゆうちょ銀行	円
	種類	価格
		円

添付書類(預金通帳等の写し)をもとに
記入してください。

※預貯金等の額が確認できる書類(通帳の写し等)を忘れずに添付してください。

同意書

那賀町長 殿

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。)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て、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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(本人)

住所 那賀町延野字王子原31番地1
氏名 那賀 太郎

(配偶者)

住所 同上
氏名 那賀 花子