

介護保険負担限度額認定申請書

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 日生	性別	男 ・ 女
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		
申請時施設区分 (□にレをつけてください。)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所利用 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設		
介護保険施設の所在地及び名称	_____ 電話番号 () _____ ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。		
入所年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ※この欄は介護保険施設に入所（入院）しない場合には記入不要です。		
配偶者 <small>※右欄において「無」の場合は記入不要です</small>	有	フリガナ	性別
	無	氏 名	生年月日
		住 所	男・女
		本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	_____ 電話番号 _____
収入等・預貯金等に関する申告	別紙申告書のとおり		
中島村長 上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 申請者 住 所 _____ 電話番号 _____ 氏 名 _____			

- 【注意】 1. この申告書における「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. 年度途中において税更正等を行った場合は、遡って、負担限度額段階を変更する場合があります。

村記入欄

確 認	備 考
<input type="checkbox"/> 税証明(村外に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し <input type="checkbox"/> 同意書	

審 査	決 定	決 裁 欄					
本人世帯	非課税・課税		承認・却下				
配偶者	非課税・課税						
資産	範囲内・超過						
適用期間							
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日							

同意書

中島村長 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。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、貴村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

<配偶者>

住 所

氏 名

収入等申告書

1 村民税課税状況

本人世帯	課税	・	非課税	・	生活保護受給
配偶者	課税	・	非課税	・	生活保護受給

2 本人の収入状況

<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	単身	1,000万円以下
			夫婦	2,000万円以下
<input type="checkbox"/>	村民税非課税世帯であって、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。（受給している年金を○で囲んでください。）		単身	650万円以下
			夫婦	1,650万円以下
<input type="checkbox"/>	村民税非課税世帯であって、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。（受給している年金を○で囲んでください。）		単身	550万円以下
			夫婦	1,550万円以下
<input type="checkbox"/>	村民税非課税世帯であって、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120万円 を超えます。（受給している年金を○で囲んでください。）		単身	500万円以下
			夫婦	1,500万円以下

※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。

3 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

4 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容	
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預 貯 金 先	預貯金額
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
		〔 支店〕	円
国債等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額
			円
その他	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
			円

注1) 配偶者が、中島村以外の市町村に居住している場合は、税証明書を添付してください。

注2) 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、通帳等の写しを裏面に添付してください。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。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【 裏 面 】

※通帳等の写しを添付してください。

