

負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

阿蘇郡小国町長 様

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 | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒 | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | | | | | |
| 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は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 年 月 日 | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 ※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。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | | | | 有価証券 (評価概算額) | | | | その他 (現金・負債を含む) | | | | ※ | | | | | | | | | | | |

受給している全ての年金の保険者に
○して下さい。

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

※内容を記入してください

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 | | | | | | | | | | | |
| 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またはない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。
- 書ききれない場合は、余白に記入するかまた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。

【添付書類】 □本人(配偶者がいる場合は配偶者の分も)の資産状況がわかるもの(通帳 等)

※裏面の同意書にも記入してください。

同意書

(宛先) 小国町長

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、小国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。

令和 年 月 日

《 本人 》

住所

氏名

《 配偶者 》

住所

氏名

| 町記入欄 | | 生活保護 | 有・無 | 判定所得金額 | 円 | |
|-------|-------|------|------------------------------------|--------|---------|----------|
| 第 段階 | 年 月 日 | 老齢年金 | 有・無 | 内 | 合計所得 | 円 |
| | | 給付制限 | 有・無 | | 課税年金収入 | 円 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 境界層 | 有・無 | 訳 | 非課税年金収入 | 円 |
| | | 要介護度 | 介 支 | | 配偶者課税状況 | 課税 ・ 非課税 |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 結果 | 1. 該当 2. 非該当(課税世帯・預貯金超過・配偶者課税・その他) | | | |
| | | 備考 | | | | |