

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

九度山町長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

※注意 □のある欄は、該当する箇所に \blacktriangle 印を付けてください。

申請者	氏名			被保険者との関係				
	住所				電話番号			
被保険者	被保険者番号			個人番号				
	フリガナ				性別	□男 □女		
	氏名				生年月日	年 月 日		
	住所				電話番号			
配偶者	配偶者の有無	□有 □無		個人番号				
	フリガナ				住民税	□課税 □非課税		
	氏名				生年月日	年 月 日		
	住所				電話番号			
収入・資産申告	非課税年金に関する申告	非課税年金受給	□有 □無		年金の種類	□遺族年金 □障害年金		
		年金保険者	□日本年金機構 □地方公務員共済 □国家公務員共済 □私学共済					
	収入等に関する申告	□ 生活保護受給者または住民税非課税である老齢福祉年金受給者						
		□ 住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が 年額82.65万円以下 。						
		□ 住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計額が 年額82.65万円を超120万円以下 。						
預貯金等に関する申告	預貯金	円	有価証券(株式等)	円	その他(現金等)	円		
介護保険施設	介護保険施設への入所	□有 □無		入所年月日	年 月 日			
	入所施設の名称							
<p>【結果の送付先】 <u>結果の送付先を指定される場合は、あてはまるものに○印をつけてください。</u> <u>○印がない場合は、被保険者の現住所に送付します。</u> 被保険者の住所 ・ 提出代行者の住所 ・ 施設 ・ その他 ()</p>								

- 注 1 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。
- 2 遺族年金には、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 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、介護保険法第22条第1項の規定により、支給された額の返還及び最大2倍の加算金を納めていただくことがあります。(裏面もご記入ください)

同意書

九度山町長 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