介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・医療院・短期)



(申請先) おいらせ町長

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。

がいており関係者類を称えて、良質・店住賃(佈任賃)に係る負担収度能 フリガナ オイラセ タロウ							以反倾。														
							- 被作	被保険者番号			1	0 0	0	0	0	0	0 (0	1		
被保険者氏名		おいらせ 太郎					個人	番号													
生年月日		明	・ナ	₹ • (昭	11年	11 月	1 1	3												
住	所	おいらせ町 中下田135番地2 連絡先 0178-56-4705																			
保险	f(院)した介護 検施設の名称及 f在地(※)	特別養護老人ホーム ●●荘 おいらせ町上明堂60番地6 連絡先 0178-56-2111																			
入 所 (院) 年 月 日 (※)		1	• 平 🕻	$\overline{}$	 ○年	O月	О 目	(※ ショ)介護 ートス	保険がテイク	施設! を利見	こ入所 目して	f ([ν	(院) (る場	こ合に	てい	な <i>い</i> 記	\場?	合及 要で	びす	
配	偶者の有無			有	•	無			におい しにつ							「酉	己偶	者に	.関	する	5
	フリガナ	オイラセ ハナコ																			
配偶者に関する事項	氏 名	おいらせ 花子																			
	生年月日	明・大・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・																			
	住 所	同上							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	可村具	民税		課税	•	(非課税)											
			①生活	5保護	 受給者/	/②市町村	1民税世帯	- 持非課税	であるネ	· 一	祉年会	全 受給	者		Ĺ.		√ ∧1	-	- 一 ァム:	_	7
収入等に関す る申告		V	課税年の合計	F金収。 十額が <u></u>	入額と 年額 80.	9 万円以	È※【障害 <u>下</u> です。	(受給して	年金 の収入額、その他の合計所得金額 受給している年金に○して下さい。以下同じ) 子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。							受給している全て					
		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 地方公務員。 の合計額が 年額 80.9 万円を超え、120 万円以下 です。									共沒	ξ T	 								
		□ 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 私学共済										 -									
預 貯 金 等 に 関 す る 申 告 ※通帳等の写し は別添		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(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。										ī ¯									
		預貯	金額		5, 000	, 000 円	有価(評価概	証券 既算額)	1, 00	0, 00	00円	(現	金)他 ・負債 む)			20	金 0, 0			
														% F	勺容:	を記	スl	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。

中間有 版	
申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
おいらせ 花子	0178-56-4705
申請者住所	本人との関係
おいらせ町中下田135番地2	妻

注音事項

- (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

同 意 書

おいらせ町長 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。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 おいらせ町中下田135番地2

氏名 おいらせ 太郎

<配偶者>

住所 同上

氏名 おいらせ 花子