

介護保険負担限度額認定申請書

〇年 〇月 〇日

(申請先)

阿賀町長 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 被保険者氏名	アガ タロウ	被保険者番号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	阿賀 太郎	個人番号											
		生 年 月 日	S12.3.4										
住 所	〒959-4495 新潟県東蒲原郡阿賀町津川 580 番地 電話番号 0254-92-5763												
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	この欄は、特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院に入所（院）されている方、 又は入所（院）予定の方のみ記入してください。 （※ショートステイ利用及び医療機関へ入院されている場合は、記入不要です）												
入所（院）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。												
配偶者の有無	無		配偶者の有無が「無」の場合、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			個人番号									
	住 所	電話番号											
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）	配偶者「有」の場合は、配偶者が市町村民税「課税」「非課税」かを確認してどちらかを記載してください。 ※配偶者が阿賀町外の場合は、配偶者の非課税証明書（住所地の市町村に申請）を一緒に提出してください。											
課税状況	市町村民税 非課税												
収入等に関する 申告	☐	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											
	☐	③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 万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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。											
	☒	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。											
	☐	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 ※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1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。											
	預貯金額	2,567,890 円		有価証券 （評価概算額）	500,000 円		その他 （現金・負債を 含む）	（ ）※ 円 ※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、以下の記載は不要です。

申請者氏名 阿賀 次郎	連絡先（自宅・勤務先） 0254-92-3986
申請者住所 〒959-4392 新潟県東蒲原郡阿賀町鹿瀬 8931 番地 1	本人との関係 長男

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保有している場合は、その全てを記入し、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。