

小山町介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		2		2		3		4		4		6	
	個人番号													
	被保険者番号													
生年月日			性別											
住所	〒													
介護保険施設の所在地、名称(※)	〒													
入所(院)年月日(※)														
配偶者に関する事項	配偶者の有無	有・無 (「無」の場合は、以下の配偶者に関する事項は記載不要です)												
	個人番号													
	氏名							生年月日	年		月		日	
	住所													
	本年1月1日現在の住所	(現住所と同じ場合は記載不要です)												
	市町村民税	課税 ・ 非課税												
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										受給している全ての年金の保険者に○をつけて下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計金額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。) ※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。												
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計金額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい。)												
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円 (夫婦は 2000 万円) 以下です。 (預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり)													
	預貯金額	円				有価証券	円				その他(現金・負債等)			
小山町長様 上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定の申請をします。 年 月 日 住所 [申請者] 電話番号 氏名 (印)														

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

- この申請書における「配偶者」は、世帯分離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す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。

※裏面の同意書にも記入、押印してください。

## 同 意 書

小山町長 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。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

㊞

<配偶者>

住所

氏名

㊞