

介護保険負担限度額認定申請書

※裏面も記入してください。

平成 年 月 日

八 丈 町 長 宛

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	④		個人番号																
			性別	男 ・ 女															
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭		年	月		日													
住 所	〒																		
	連絡先電話番号																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 ※	利用施設形態をチェックしてください。（該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> ）																		
	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> その他 （ <input type="checkbox"/> 申請時未入所 <input type="checkbox"/> 短期入所（特養） <input type="checkbox"/> 短期入所（老健・療養型））																		
	名称			所在地	〒														
連絡先電話番号																			
入所（院）年月日 ※	昭 ・ 平		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	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	明 ・ 大 ・ 昭	年	月		日													
	住 所	〒																	
	連絡先電話番号																		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒																	
連絡先電話番号																			
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"/> 生活保護受給者／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"/> 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】収入額の合計額が年額80万円以下です。※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"/> 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】収入額の合計額が年額80万円を超えます。																	
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 (評価概算額)	円		その他 (現金・負債を含む)	※()										

※内容を記入してください。

窓口に来られた方の住所	連絡先電話番号（自宅・勤務先）																
窓口に来られた方の氏名	本人との関係（続柄）																

<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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳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。
- 1月2日以降に転入した方は、世帯全員分の転入前の市町村の年金収入額、合計所得金額と課税状況の記載のある課税証明書を必ず添付してください。
- 町外福祉事務所の被保護者の方は、保護実施機関の保護証明書を必ず添付してください。
- 利用者負担第4段階の特例減額申請の際は、要件を満たす添付書類が必要となります。

同意書

八丈町長 宛

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）並びに世帯全員の住民税課税状況について税務関係当局に、生活保護受給状況について福祉事務所に、私及び私の配偶者の保有する預貯金並びに有価証券等の残高について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、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かまいません。

平成 年 月 日

<私（本人）>

住所

氏名

_____ 印

<私の配偶者>

住所

氏名

_____ 印

※八丈町記入欄

交付年月日	平成 年 月 日	備考	
適用年月日	平成 年 月 日から		
有効期限	平成 年 7月 31日まで	承認内容	<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階【食300】 (04-00) <input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階【食390】 (05-00) <input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階【食650】 (06-00) <input type="checkbox"/> 第4段階特例減額 (07-01~05) <input type="checkbox"/> 承認しない (10-01) (10-02) (10-03)
交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送（自宅） <input type="checkbox"/> 郵送（施設） <input type="checkbox"/> その他		