

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ 被保険者氏		被保険者番号																		
		個人番号																		
生年月日		年 月 日																		
住所		〒																		
介護保険施設の所在地及び名称		*介護保険施設に入所（院）しない場合、記入は不要です。 〒 電話 入所(院)年月日 年 月 日																		
配偶者の有		有 ・ 無		世帯分離をしている配偶者及び内縁関係の者を含みます。「無」の場合は「配偶者に関する事項」は記入不要です。																
配偶者に関する事項	フリガ											生年	明治・大正・昭和 年 月 日							
	氏名											月日								
	住所	〒 電話																		
	本年1月1日現在の住所	*現住所と同じ場合、記入は不要です。 〒 ※本年1月1日現在の住所が幕別町外の場合は非課税証明書を添付してください。																		
負担限度額申請事由		1 世帯全員が市町村民税非課税者で、以下のいずれかに該当するもの ① 本人の公的年金等収入金額とその他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下であり、預貯金と有価証券の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下である。 ② 本人の公的年金等収入金額とその他の合計所得金額の合計額が年額120万円以下であり、預貯金と有価証券の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下である。 ③ 本人の公的年金等収入金額とその他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えるが、預貯金と有価証券の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下である。 2 その他（ ） ※全ての預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり																		
幕別町長 様 上記のとおり、食費・居住費に係る負担限度額認定を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話																				

同意書	
幕別町長 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、幕別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】（単身者の場合不要） 住所 氏名 ※本人が手書きできない場合は、記名押印してください。	

幕別町記入欄

交 付 年 月 日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握) ○生活保護受給状況 有 ・ 無 ○老齢福祉年金受給状況 有 ・ 無
適 用 年 月 日	○住民税世帯課税状況 課税 ・ 非課税
年 月 日 から	○合計所得金額 (円) 課税年金収入額 (円) 非課税年金収入額 (円) 計 (円) 2) 80.9万円以下 3 ①) 80.9万円超120万円以下 3 ②) 120万円超
有 効 期 限	○預貯金額 (円) 2) 650 (1,650) 万円以下 3 ①) 550 (1,550) 万円以下 3 ②) 500 (1,500) 万円以下
年 月 日 まで	○認定内容 第 1 段階 第 2 段階 第 3 段階① 第 3 段階② 第 4 段階