山形村介護保険負担限度額認定申請書

（あて先）山形村長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　次のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | 保険者名 | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 山形村 | | | | | | | | | 2 | | 0 | | 4 | | 5 | | 0 | | 3 | |
|  | | | | | ㊞ | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | 男　・　女 | | | |  |  | | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の  所在地及び名称（※） | | 〒　　　　　　　　　　　　　　施設名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日 | |  | | | | 年 | | | | | 月 | | | | 日 | | | |  | | | | | | | |
| ※介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無  （該当を黒塗り） | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記において『無』にの場合は、以下配偶者に関する事項の記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **配偶者に関する事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 |  | | | | | | | | 年 | | | | 月 | | | | 日 | | | |  | |
| 氏　名 |  | | | 住　所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税（該当を黒塗り）　　　課税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ↓以下は配偶者の有無に関わらずご記入ください↓  【同意欄】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・年金保険者または銀行・信託会社その他  機関に私及び配偶者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照会することに同意します。  　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に　　　　　関する事項 | | １生活保護受給者または市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２市町村民税非課税世帯かつ、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  ※遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３-①市町村民税非課税世帯かつ、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80万円以上120万円未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３-②市町村民税非課税世帯かつ、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120万円以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に　　　関する事項 | | 預貯金・有価証券等の合計金額が第１段階で1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下。第２段階で650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下。第３段階①で550万円（夫婦1,550万円）以下。第3段階②で500万円（夫婦1,500万円）以下。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 | 円 | | **※預貯金等・有価証券（評価概算額）に係る証明として通帳等写しの添付が必要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有価証券 | 円 | |
| ↓申請者が被保険者本人の場合は下記の記載は不要です↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | |  | | | | | | | 被保険者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

・この申請書における『配偶者』については、世帯分離している者・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全てを記入してください。

　・虚偽の申請により、不正に特定入所者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、支給された額等を返還していただく場合があります。

山形村介護保険負担限度額認定申請書

**認定証申請者の氏名**

**生年月日・性別を**

**記入し、押印ください**

**記　載　例**

（あて先）山形村長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊＊年　＊＊月　＊＊日

　　次のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

**≪該当するものを黒塗りしてください≫**

**被保険者番号と個人番号を記入ください**

**認定証申請者に配偶者がいる場合は、**

**≪有に黒塗りし、氏名等記入ください≫**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | | 保険者名 | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ﾔﾏｶﾞﾀ ﾀﾛｳ | | | | | 山形村 | | | | | | | | | 2 | | 0 | | 4 | | 5 | | 0 | | 3 | |
| 山形　太郎  **認定証申請者の住所の記入**  **≪電話番号記入ください≫** | | | | | ㊞ | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊ | | ＊ | | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | |
| 生年月日 | | 昭和＊＊年　＊＊月　＊＊日 | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性別 | | 男　・　女 | | | | ＊ | ＊ | | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | ＊ | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ | | ＊ |
| 住所 | | 〒３９０－１３０１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 山形村＊＊＊＊番地＊＊ | | | | | | | | | | | 電話番号９８－＊＊＊＊ | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の  所在地及び名称（※） | | 〒＊＊＊－＊＊＊＊　　　　　　　施設名：＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊丁目＊番＊＊号 | | | | | | | | | | | 電話番号＊＊－＊＊＊＊ | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日 | | 平成 | | | | ＊＊年 | | | | | ＊＊月 | | | | ＊＊日 | | | |  | | | | | | | |
| ※介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無  （該当を黒塗り） | | 有　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記において『無』にの場合は、以下配偶者に関する事項の記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **配偶者に関する事項** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | ﾔﾏｶﾞﾀ ﾊﾅｺ | | | 生年月日 | 昭和 | | | | | | | | ＊＊年 | | | | ＊＊月 | | | | ＊＊日 | | | |  | |
| 氏　名 | 山形　花子 | | | 住　所 | 〒３９０－１３０１  **≪認定証申請者の住所・氏名**  **を記入し、押印ください≫** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 山形村＊＊＊＊番地＊＊ | | | | | | | | 電話番号９８－＊＊＊＊ | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税（該当を黒塗り）　　　課税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ↓以下は配偶者の有無に関わらずご記入ください↓  【同意欄】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・年金保険者または銀行・信託会社その他  機関に私及び配偶者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照会することに同意します。  ＊＊年　＊＊月　＊＊日　　　　　　　　　　　住所　山形村＊＊＊＊番地＊＊  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　山形　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に　　　　　関する事項 | | １生活保護受給者または市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２市町村民税非課税世帯であって、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  ※遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同様  **≪遺族年金・障害年金の支給がある場合は黒塗りしてください≫** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３市町村民税非課税世帯であって、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80万円以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に　　　関する事項 | | 預貯金・有価証券等の合計金額が1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 | \*，\*\*\*，\*\*\*円 | | **※預貯金等・有価証券（評価概算額）に係る証明として通帳等写しの添付が必要です。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有価証券 | \*，\*\*\*，\*\*\*円 | |
| ↓申請者が被保険者本人の場合は下記の記載は不要です↓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | |  | | | | | | | 被保険者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

・この申請書における『配偶者』については、世帯分離している者・内縁関係の者を含みます。

**≪認定証申請者以外が、当申請書を記入し窓口に申請される場合は記入ください≫**

　・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全てを記入してください。

　・虚偽の申請により、不正に特定入所者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、支給された額等を返還していただく場合があります。