別記様式第２５号(第１４条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

松前町長　　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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
住所	連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	連絡先		
入所（院）年月日（※）	昭・平・令　　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	個人番号	
	住所	連絡先		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			
	課税状況	市町村民税　　課税・非課税		

収入等に関する申告	□	①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	非課税年金受給の有無 有・無 受給している全ての年金の保険者に〇をして下さい。 ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済
	□	②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80.9万円**以下です。 **（受給している年金に〇をして下さい。以下同じ。）** ※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。	
	□	③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80.9万円**を超え、120万円以下です。	
	□	④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120万円を超えます。	
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次の金額以下です。 第1号被保険者で①の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円) ②の場合は650万円(夫婦は1,650万円) ③の場合は550万円(夫婦は1,550万円) ④の場合は500万円(夫婦は1,500万円) 第2号被保険者(40歳～64歳)の場合は1,000万円(夫婦は2,000万円) ※預貯金、有価証券等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）	(　　)※ 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、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

注意事項

(1)　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。

(2)　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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3)　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。

(4)　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）

同　意　書

松前町長　　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