

保険者番号 4 2 3 0 7 9

記入例

R6

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先) 西彼杵郡長与町長

申請日 令和 6 年 〇〇月 ××日

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。

Application form fields including: フリガナ (ナガヨ タロウ), 被保険者番号 (0001234567), 被保険者氏名 (長与 太郎), 生年月日 (明大昭 10年 10月 10日), 住所 (長与町〇〇郷〇〇〇番地△), 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 (特別養護老人ホーム ××××), 配偶者の有無 (有), 配偶者を記入 (長与 花子), 収入・預貯金等に関する申告 (預貯金欄), 申請者氏名, 申請者住所.

Income and asset declaration section including: 収入・預貯金等に関する申告 (Income and asset declaration), 生活保護受給者 (Life protection recipient), 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 (Non-taxable elderly welfare pension recipient), 対象者が65歳以上の場合 預貯金額(夫婦の場合) (Savings amount for those aged 65+), 650万円(1650万円)以下, 550万円(1550万円)以下, 申請者氏名 (Applicant name), 申請者住所 (Applicant address).

※1 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。 <裏面も記入してください。>

- 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) 65歳未満(第2号被保険者)の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1000万円以下、夫婦2000万円以下になります。 (3) 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、通帳等の写しを添付してください。 (4) 書ききれない場合は、別紙に記入の上添付してください。 (5) 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。

Table with columns: 保険者記入欄 (Insurer entry), 生保 (Life insurance), 老福 (Old age benefit), 80万以下, 80万超120万以下, 120万超, 非課税世帯・課税世帯 (Non-taxable/taxable households), 500万(1500万)以下・550万(1550万)以下, 650万(1650万)以下・1000万(2000万)以下, 1000万(2000万)超, 通帳添付 (Account copy), 同意書 (Consent letter), 要支援 1 2 (Need support 1 2), 要介護 1 2 3 4 5 (Need nursing 1 2 3 4 5), 境界層 (Boundary layer), 給付制限 (Benefit restriction), 第1段階 (1st stage), 第2段階 (2nd stage), 第3段階 (3rd stage), 第4段階 (4th stage).

記

入

不

要

## 同意書

(あて先) 西彼杵郡長与町長

注意事項について了承し、誤りの無いように申請をいたしております。

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。

令和 6 年 〇〇 月 ×× 日

<本人>

住所 長与町〇〇郷□□□番地△

氏名 長与 太郎

<配偶者>

住所 長与町〇〇郷□□□番地△

氏名 長与 花子