

## 介護保険負担限度額認定申請書

		保険者番号	322057
フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号
			個人番号
生年月日	明・大・昭	年	月
			日
		性別	男・女
住 所	〒		
	電話番号		
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒		
	電話番号		
入 所 (院) 年月日 (※)	年 月 日		
負担限度額 申請事由	1 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下のもの等 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。 2 市町村民税世帯非課税者であって、1に該当する以外のもの 3 その他 ( )		
大田市長 様 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。  令和 年 月 日  住所  申請者  氏名 電話番号			

※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。

### 市(町村)記入欄

交付年月日	備 考		
年 月 日	所得区分等の状況		
適用年月日	決定情報	( 承認する ・ しない )	
年 月 日 から	負担限度額	(食費:施設) (ユニット型個室) (従来型個室:特養等) (多床室:特養等)	(食費:短期入所) (ユニット型個室的多床室) (従来型個室:老健・療養等) (多床室:老健・療養等)
有効期限	その他状況		
年 月 日 まで			

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		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	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ。)				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
		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)

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。
- (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。

同意書

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、報告を求めると同意します。

また、貴市(町村)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