

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		
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、課税年金収入額と合計所得金額と【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82,65万円以下のもの等 (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。 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) (食費：短期入所) (ユニット型個室) (ユニット型個室的多床室) (従来型個室：特養等) (従来型個室：老健・医療院等) (多床室：特養等) (多床室：老健・医療院) (多床室：老健・医療院等)
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	☐	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				
	☐	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82.65万円以下です。				
	☐	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82.65万円を超え、120万円以下です。				
	☐	⑤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 ※通帳等の写しは別 添	☐	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 (評価既算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円 ※内容を記入してください

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持している場合は、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、報告を求めることに同意します。

また、貴市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