

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

矢祭町長

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		電話番号											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)		電話番号											
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、記入不要です。									
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	電話番号											
	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											
	☐	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。) ※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。								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			
	☐	③-1 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】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。											
	☐	③-2 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、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2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、①、②、③-1、③-2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)		()※ 円 ※内容を記入して下さい				
送 付 先		住所地 ・ 施設 ・ 代理申請者宅 ・ その他()											

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

代理申請者氏名	連絡先(自宅 ・ 勤務先) 電話番号
代理申請者住所 〒	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。
- (5) 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。