

介護保険負担限度額認定申請書

中芸広域連合長 様

令和 年 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。

フリガナ		保険者番号	3 9													
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0											
		個人番号														
生年月日	明・大・昭 年 月 日															
住 所	(郵便番号 —)												電話番号			
入所(院)した介護保険施設の所在地および名称 ※1	(郵便番号 —)												電話番号			
入所(院)年月日 ※1	平・令 年 月 日	※1 介護保険施設に入所(院)していない場合およ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※2	有 ・ 無	※2 本人の夫または妻に当たる方（世帯分離している夫もしくは妻または内縁関係の者も含む。）を記入してください。													
配偶者に関する事項 ※2	フリガナ														
	氏 名														
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号												
	住 所	(郵便番号 —)												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 ・ 不明														

本人を含む世帯員および本人の配偶者の収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者	預貯金等の金額	(夫婦2,000万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金以外の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金【※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。(※受給している非課税年金に○をしてください) ※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。		(夫婦1,650万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金以外の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金【※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。(※受給している非課税年金に○をしてください)		(夫婦1,550万円)以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、前年の年金以外の合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金【※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。(※受給している非課税年金に○をしてください)		(夫婦1,500万円)以下
本人と配偶者の預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 基準額以下 です。 ※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。		↑64歳以下は単身1,000万円(夫婦2,000万円)以下
	預貯金額	合計 円	有価証券(評価概算額) 合計 円	その他(現金・負債を含む) 合計 円

代行又は代理申請の場合は、こちらにご記入ください。

↑()内に内容を書いてください。

申請者氏名		電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所	(郵便番号 —)	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所有している場合は、その全ての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。

裏面の同意書に記入・押印してください。

中芸広域連合記入欄

備考	利用者負担段階確認等		
	世帯および配偶者の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超過 <input type="checkbox"/> 非受給 <input type="checkbox"/> 受給	認定結果 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階② <input type="checkbox"/> 第4段階
	預貯金等	<input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 80万円超120万円以下 <input type="checkbox"/> 120万円超	適用期間
	生活保護・老齢福祉年金 年金収入+合計所得金額 (非課税年金を含む)		年 月 日 ~ 年 月 日
	通知・交付年月日	年 月 日	通知方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他

同意書

中芸広域連合長 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、報告を求めらることに同意します。

また、中芸広域連合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。

令和 年 月 日

<本人> 住 所 _____

氏 名 _____

<配偶者> 住 所 _____

氏 名 _____

※代筆の場合

<代筆者> 住 所 _____

氏 名 _____

本人との関係 _____