

町村受付

広域受付

介護保険負担限度額認定申請書

| | | | |
|--|---|--------|-----|
| フリガナ 被保険者氏名 | | 保険者番号 | |
| | | 被保険者番号 | |
| 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() | | |
| 邑智郡総合事務組合管理者 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 | 利用者負担段階 | | 町担当者確認印 |
|-------------|---|----------------------------------|-----------|
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 第1段階 世帯非課税で老齢福祉年金受給者、生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 第2段階 世帯非課税で前年の課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計が80万円以下 | | |
| 適用年月日 | <input type="checkbox"/> 第3段階1 世帯非課税で前年の課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計が80万円を超え120万円以下 | | |
| 年 月 日 から | <input type="checkbox"/> 第3段階2 世帯非課税で前年の課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計が120万円を超える 生活保護境界層措置の負担限度額 | | 保険者担当者確認印 |
| 有効期限 | ユニット型個室 円 従来型個室(特養等) 円 | ユニット型個室的多床室 円 従来型個室(老健・療養等) 円 | |
| 年 月 日 まで | 多床室(特養等) 円 食 費(施設) 円 | 多床室(老健・療養等) 円 食 費(短期入所) 円 | |

| | | | |
|-----------|----------------------------|---|------|
| 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 (評価既算額) | 円 | その他 (現金・負債を含む) | 円 | () ※ | 円 | ※内容を記入してください |

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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

邑智郡総合事務組合管理者 殿

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(内縁のものを含む。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、貴管理者の報告要求に対し、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 _____