

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

栗山町長 様

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	年 月 日		性 別		男 ・ 女														
住 所	〒		連絡先																
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	〒		連絡先																
入所（院）年月日 （※）	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、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	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														受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 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○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。															
	☐	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。															
	☐	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	☐	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)		()※ 円	※内容を記入して下さい							

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
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。

認 定 区 分		処理状況	☐ 照会	☐ 照合	☐ 入力
1. 第1段階	(☐ 生活保護受給者 ☐ 境界層)	交付年月日		年 月 日	
2. 第2段階	(☐ 世帯非課税かつ80万円以下 ☐ 境界層)	適用年月日		年 月 日	
3. 第3段階①	(☐ 世帯非課税かつ80万円超、120万円以下 ☐ 境界層)	有効期限		年 月 日	
4. 第3段階②	(☐ 世帯非課税かつ120万円超 ☐ 境界層)	預貯金合計	本 人		円
5. 却 下	(☐ 課税世帯 ☐ 配偶者課税 ☐ 預貯金等基準超過)		配偶者		円
備 考					