

介護保険負担限度額認定申請書

		保険者番号	
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 年 月 日		
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 ()		
隠岐広域連合長 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 続柄 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	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・療養等) (多床室:特養等) (多床室:老健・療養等)
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	<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 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円

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。