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８０．９万円以下のもの等 (受給している年金に○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 | □ | 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 |
| □ | 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８０．９万円以下**です。 (受給している年金に○して下さい。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８０．９万円を超え、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※内容を記入してください |

注意事項

(１）

(２）

(３）

(４）

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。