

介護保険負担限度額認定申請書 【裏面あり】

**記載例**

宝達志水町長 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。

申請者	住所	書類に不足等があれば連絡いたします。↓	
※被保険者本人の場合は記入不要	氏名	被保険者との関係	
フリガナ	ホウダツシミズ タロウ	保険者番号	1 7 3 8 6 4
被保険者氏名	宝達志水 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 929-0000 宝達志水町0000	いずれかに○↑	
利用区分	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所(入院) <input type="checkbox"/> ショートステイ	← いずれかにチェック	
利用する施設	施設名及び所在地 特別養護老人ホーム00	〒929-0000 00000000 Tel. 00-0000	
※「ショートステイ」の場合は記入不要	平成 令和 00年 00月 00日	いずれかに○↓	
配偶者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は記入不要	
配偶者に関する事項	フリガナ	ホウダツシミズ ハナコ	市町村民税の課税状況
	氏名	宝達志水 花子	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	↑ いずれかにチェック
	住所	〒 929-0000 宝達志水町0000	
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 00-0000		
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者、又は市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者です。(第1段階) <input checked="" type="checkbox"/> (第2段階)市町村民税非課税世帯で、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> (第3段階①)市町村民税非課税世帯で、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。 <input type="checkbox"/> (第3段階②)市町村民税非課税世帯で、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。		
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/> (第2段階)預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(配偶者「有」の場合は1,650万円)以下です。 <input type="checkbox"/> (第3段階①)預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(配偶者「有」の場合は1,550万円)以下です。 <input type="checkbox"/> (第3段階②)預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(配偶者「有」の場合は1,500万円)以下です。 ※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		
	預貯金額	000万 円	その他(現金・負債を含む)※欄に内容を記入 ※ _____ 円 ※ _____ 円
全ての通帳等(本人名義)の残高の合計金額を記入してください。 (※配偶者が有の場合、配偶者の分を含む)		↑	
結果の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他(	← いずれかにチェック	

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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 通帳等の写しは、申請日から2ヵ月以内のものとし、用紙の大きさは日本工業規格A4としてください。
- 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。

裏面も忘れずに記入して下さい。

# 同意書

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、その他の機関に対して、本人及び配偶者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等について、照会することに同意します。

令和 年 月 日

↓ 手書きで記入

<被保険者本人>

住所 宝達志水町〇〇〇〇

氏名 宝達志水 太郎

↓ 配偶者「有」の場合、手書きで記入

<配偶者>

住所 宝達志水町〇〇〇〇

氏名 宝達志水 花子

町記入欄(記入しないで下さい。)

交付年月日	認定結果
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 第1段階 生活保護、老齢福祉年金受給 <input type="checkbox"/> 第2段階 世帯非課税、合計所得+課税年金収入80万円以下 <input type="checkbox"/> 第3段階① 世帯非課税、合計所得+課税年金収入80万円超120万円 以下 <input type="checkbox"/> 第3段階② 世帯非課税、合計所得+課税年金収入120万円超 <input type="checkbox"/> 第4段階 世帯課税、配偶者課税、預貯金等超過 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> 窓口で交付済	
有効期間	
令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	