

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 内灘町長

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。

被保険者氏名	被保険者番号		
	個人番号		
生年月日		性別	
住所	〒 電話番号 ( ) -		
入所(院)施設の所在地及び名称	所在地	電話番号( ) -	
	名称		
入所(院)年月日	年 月 日		※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は記入不要です

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」については、記載不要です。なお、配偶者とは、内縁関係も含みます。		
配偶者に関する事項	氏名	個人番号	大・昭 年 月 日	
	住所 ※同居の場合は記入不要	生年月日	電話番号 ( ) -	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	左記を記入した場合		
		配偶者の市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告【】の受給している年金及び年金保険者に○を付けてください。	<input type="checkbox"/>	第1段階 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者	【年金保険者】 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	第2段階 市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】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あって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、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あって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。	

※「遺族年金」については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。

預貯金等の申告(夫婦合計)	預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また通帳等の写しを添付してください。			
	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

※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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。預貯金、有価証券等の金額の合計が下記表の金額以上となる場合、支給対象外となります。

利用者負担段階	第1段階	第2段階	第3段階①	第3段階②
認定要件となる預貯金額	単身 1,000万円	単身 650万円	単身 550万円	単身 500万円
	夫婦 2,000万円	夫婦 1,650万円	夫婦 1,550万円	夫婦 1,500万円

**注意事項**

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7倍の加算金を返還していただくことがあります。

**※裏面の同意書に記入をお願いします。**

# 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(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。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、照会することに同意します。また、内灘町長の報告要求に対し、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  
(被保険者)

氏名

<配偶者> 住所

氏名

※本人が自署した場合、押印不要

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入は不要です。

提出者又は 事業所名		電話番号	
住所		本人との関係	

----- 以下 保 険 者 記 入 欄 -----

交付(通知)年月日	生活保護	利用負担段階	第 段階	結 果		
年 月 日	有 ・ 無	判定所得金額	円	1. 該当		
	老福年金	内 訳	合計所得	円	2. 非該当	
適用年月日	有 ・ 無		年金合計	円	事 由	(本人・家族・配偶者)課税 預貯金等合計額超過
年 月 日	保険料		公的年金	円		
	から		第 段階	非課税年金		
有効期限	給付制限	預貯金等合計額	円	備 考		
年 月 日 まで	有 ・ 無	配偶者課税状況	課税 ・ 非課税			