

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

豊後大野市長 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																			
住 所	連絡先																		
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称※1	連絡先																		
入所（院）年月日 ※2	年 月 日		※1、2 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※3		※3 左記において「無」の場合は、以下「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	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 ○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※4・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 82 万 6,500 円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※4 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※4・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 82 万 6,500 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※4・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	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、 ④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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。)	() ※5		円									

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。 ※5 内容を記入してください。

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、その全てを記入し、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。

決定区分等	☐ 第1階層	☐ 第2階層	☐ 第3階①層	☐ 第3階②層	☐ 非該当
非該当事由	☐ 課税世帯 ☐ 配偶者課税 ☐ 本人・配偶者の資産の勘案等により ☐ その他（ ）				
決定年月日	年	月	日		
交付年月日	年	月	日		
有効期間	年	月	日	～	年 月 日
施設区分	☐ 老福	☐ 老健	☐ 医療院	☐ 短期生活	☐ 短期療養 ☐ その他
備考欄					