

介護保険 負担限度額認定申請書

岩内町長 様

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の申請をします。

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名	(印)	被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 電話番号		
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	〒 電話番号		
入所（入院）年月日(※)	年 月 日	(※) 介護保険施設等に入所(入院)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、記入は不要です。	

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	個人番号	
	住所	〒 電話番号		
課税状況	市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税			

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者	受給している全ての年金の保険者にレ点を入れてください。 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済			
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税非課税世帯であって、 <small>(受給している年金にレ点を入れてください)</small> 課税年金収入額と合計所得金額と[<input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金]収入額の合計額が年額80万円以下です。 <small>※ 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。</small>				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税非課税世帯であって、 <small>(受給している年金にレ点を入れてください)</small> 課税年金収入額と合計所得金額と[<input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 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"/>	⑤市町村民税非課税世帯であって、 <small>(受給している年金にレ点を入れてください)</small> 課税年金収入額と合計所得金額と[<input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金]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 type="checkbox"/>	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（夫婦は1,650万円）、④の方は550万円（夫婦は1,550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は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 <small>(評価概算額)</small>	円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	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。

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。

※裏面の同意欄のご記入及び捺印をお願いします。

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に、私（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について、照会することに同意します。

年 月 日

〈 本人 〉

住所

氏名

(印)

〈 配偶者 〉

住所

氏名

(印)

岩内町記入欄

申請種類	<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更申請 <input type="checkbox"/> 更新申請		
交付年月日 年 月 日	判定要件		
	生活保護受給	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
適用年月日 年 月 日	市町村民税 (市町村民税非課税の場合)	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告 所得額 円	
	老齢福祉年金	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	境界層該当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
有効期限 年 月 日 まで	世帯分離している配偶者 (「あり」の場合、市町村民税)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 未申告	
	預貯金等の合計が ②の方は1,000万円超 (夫婦は2,000万円超) ③の方は650万円超 (夫婦は1,650万円超) ④の方は550万円超 (夫婦は1,550万円超) ⑤の方は500万円超 (夫婦は1,500万円超) ※第2号被保険者の場合1,000万円超 (夫婦は2,000万円超)		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
備考	[課税年金 / 非課税年金] 収入額と合計所得金額の合計額 円		
決定区分	認定区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3① <input type="checkbox"/> 3② <input type="checkbox"/> 4 段階	
	食事負担限度額	円	
	居住費負担限度額	ユニット型個室	円
		従来型個室(特養等)	円
	従来型個室(老健・療養等)	円	
	多床室	円	