

介護保険負担限度額認定申請書

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	
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 生活保護受給者 又は、老齢福祉年金受給者で、市町村民税世帯非課税 2 市町村民税世帯非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下 3 市町村民税世帯非課税で、本人の課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円超過		

浜田地区広域行政組合管理者 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。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

同意書

浜田地区広域行政組合管理者 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、課税担当課、年金保険者又は銀行等に私及び私の配偶者（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、報告を求めることに同意します。

また、浜田地区広域行政組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の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

〈配偶者〉住所

氏名

氏名

同意書は全ての方が記入してください。

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	<input type="checkbox"/>	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		
	<input type="checkbox"/>	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80万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。）		
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	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120万円を超えます。		
預貯金等に関する申告 ※通帳の写しは別添	<input type="checkbox"/>	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	有価証券 (評価概算額)	その他 (現金・負債を含む)	()※ ※内容を記入してください

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居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。

浜田地区広域行政組合記入欄

交付年月日	備考				
年 月 日	所得区分等の状況	1	2	3①	3② 4
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) (ユニット型個室) (従来型個室：特養等) (多床室：特養等)		(食費：短期入所) (ユニット型個室の多床室) (従来型個室：老健・療養等) (多床型：)	
有効期限	その他状況				
年 月 日 まで					