

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

神石高原町長様

令和 3 年 7 月 29 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。

記入例

フリガナ	かいご たろう	個人番号																		
被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生年月日	昭和 3 年 1 月 1 日	性別	男		女															
住所	〒 720-1234 神石高原町小島1701番地	連絡先	0847-85-1234																	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 720-1234 特別養護老人ホーム じんせき苑	連絡先	0123-45-6789																	
入所(院)年月日(※)	平成25 年 11 月 5 日	(※)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	左記においては、「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ	かいご はなこ	
	氏名	介護 花子	
	生年月日	昭和 5 年 2 月 1 日	
	住所	〒 720-4321 神石高原町 油木 乙 1234-56	連絡先 0987-65-4321
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	上記の住所と異なる場合、本年度 1月1日時点の住所地を記入(申請が1月~7月の場合は、前年1月1日の住所地を記入)する。(1月1日に住所を置いていた市町村がその翌年度の住民税を課税しているため)	
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/市町村民税世帯非課税である者(高齢短時間受給者)	受給している全ての年金を○で囲む。			
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、収入等(遺族年金・障害年金)収入額、その他の合計所得金額の合計額が120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)	非課税年金を受給していたら○で囲む。			
	<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】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。(受給している年金に○して下さい)	不明の場合未記入で可			
	<input checked="" 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】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。(受給している年金に○して下さい)	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、①の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、②の方は650万円(同1,650万円)、③の方は550万円(同1,550万円)、④の方は500万円(同1,450万円)を超えます。 ※預貯金、有価証券に係る通帳の写しは別添のとおり。	(借入等)の場合は△80万円などと記載			
	預貯金額	14,000,000 円	有価証券(評価概算額)	150,000 円	その他(現金・負債を含む)	() ※

同居・別居(町外含む)の配偶者分も合計額で記入する。

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	介護 はな	連絡先(自宅・勤務先)	090-1234-5678
申請者住所	〒 720-1111 広島県 介護市 花町 123-45	代理人が提出する場合に記入。	本人との関係 子

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。(口座名義人記載のページと最終残額の確認できるページ)
- 書ききれない場合は、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。

※ 裏面同意書に続く

