

# 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 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を申請します。

	個人番号					
フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号					
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女			
住 所	〒	連絡先				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒	連絡先				
入所(院)年月日(※)	年 月 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 氏 名				
	生年月日	年 月 日			
	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／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"/>	②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80万円以下です。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small> <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"/>	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。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small>			
	<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】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。 <small>(受給している年金に○をして下さい)</small>			
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, 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1,500万円)以下です。 ※預貯金, 有価証券に係る通帳の写しは別添のとおり。			
	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)

※内容を記入してください。

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

**※ 裏面同意書に続く**

- (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)
- (3) 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。
- (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。

神石高原町記入欄

受付時確認欄		審査・入力等確認欄			
受付	添付書類	別世帯課税配偶者	町民税世帯課税状況	生保・老齢年金受給	□ 該当 □ 非該当
<input type="checkbox"/> 保健福祉課 <input type="checkbox"/> 支所町民課	通帳の写し	□ 有 □ 無	□ 非課税	□ 有(生・老) □ 無	適用期間 年 月 日～ 年 月 日
	□ その他 ( )	預貯金など	□ 課税	合計所得+課税年金収入額	
			□ 基準額以下	円	
			□ 基準額超		
		認定結果	□ 却下 □ 第1段階 □ 第2段階 □ 第3段階① □ 第3段階②		