

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

北秋田郡 上小阿仁村長 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											保険者番号	0	5	3	2	7	2
被保険者氏名											被保険者番号						
											個人番号						
生年月日	明・大・昭	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「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	明・大・昭	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のみ記入してください。)														
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"/>	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(※1)受給者	受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。  日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※2)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○して下さい)				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※2)・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。(受給している年金に○して下さい)				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金(※2)・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)				
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額(※3)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	<p>※3 基準額</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>40歳～64歳の方： 単身で1,000万円、夫婦で2,000万円</li> <li>65歳以上の方 老齢福祉年金(※1)受給者の方： 単身で1,000万円、夫婦で2,000万円</li> <li>本人年金収入等が80万円以下の方： 単身で 650万円、夫婦で1,650万円</li> <li>本人年金収入等が80万円超120万円以下の方： 単身で 550万円、夫婦で1,550万円</li> <li>本人年金収入等が120万円超の方： 単身で 500万円、夫婦で1,500万円</li> </ul>			
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)	( )※	円

※1 老齢福祉年金とは、大正5年4月1日までに生まれた方のうち、要件を満たす方に支給される年金です。 ※内容を記入して下さい

※2 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。

○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

- 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。
- 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。

【裏面もご記入ください】

