

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

令和 年 月 日

(宛先) 弥富市長

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				被保険者番号															
被保険者氏名				個人番号															
生年月日		明・大・昭		年		月		日											
住所		〒																	
				電話番号															
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）		〒																	
				電話番号															
入所（院） 年月日（※）		平・令		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	〒																	
				電話番号															
	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		☐	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																
		☐	③市町村民税世帯非課税者であって、（↓給している年金に○をしてください） 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。 ※ 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。																
		☐	④市町村民税世帯非課税者であって、（↓給している年金に○をしてください） 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。																
		☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、（↓給している年金に○をしてください） 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120万円を超えます。																
預貯金等に関する申告		☐	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（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万 円（同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。																
		※通帳等の写しは別添		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					

※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	電話番号（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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
 - (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) 一度利用者負担段階が判定された場合でも、世帯構成の変更や所得更正等により段階が変わることがあります。その場合は、再度申請をしてください。
 - (5) 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。

同 意 書

（宛先）弥富市長

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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）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、市長の報告要求に対し、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。

令和 年 月 日

< 本人 >

住所

氏名

< 配偶者 >

住所

氏名

市記入欄（この欄は記入しないでください。）

該 当 区 分	交付年月日
・ 預貯金等の金額の合計が（ ☐ 500 万円 ☐ 550 万円 ☐ 650 万円 ☐ 1,000 万円）※夫婦は加算 1,000 万円（ ☐ 以下 ☐ 超える） ・ 世帯状況（ ☐ 世帯非課税 ☐ 世帯課税）・（別世帯）配偶者 ☐ 有（非課税・課税） ☐ 無 ・ 生活保護受給（有・無）・老齢福祉年金受給（有・無） ・ 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が ☐ 80 万円以下 ☐ 80 万円超 120 万円以下 ☐ 120 万円超 ☐ 第 1 段階 ☐ 第 2 段階 ☐ 第 3 段階① ☐ 第 3 段階② ☐ 第 4 段階	年 月 日
	適用年月日
	年 月 日から
	年 月 日まで
	備考