

# 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日		個人番号	
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(※)	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	配偶者「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	明・大・昭・平 _____ 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) ※提出日が1月1日から7月31日までの場合は「前年1月1日時点の住所」をご記入ください。		
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"/> 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ください。以下同じ。)※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。			
	<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年額120万円を超えます。			
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、段階にかかわらず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
			※ ( ) に内容をご記入ください	

大雪地区広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。  
 また、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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することを同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者(被保険者本人) 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____  配偶者 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____	受付印 _____ _____
--	-----------------------

交付年月日	・市町村民税 世帯 ( 課税 ・ 非課税 ) ・老福年金受給者、生保、その他 ( 該当 ・ 非該当 ) ・年金収入額+合計所得金額 ( 年額 _____ 円 )
年月日	※ 80万円以下…第2段階、120万円以下…第3段階①、120万円超…第3段階②
適用年月日	・預貯金等合計額 ( _____ 円 ) ・配偶者課税状況 ( 課税 ・ 非課税 ) ・利用者負担段階 ( 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階① ・ 第3段階② ) ・市町村民税課税層における特例減額措置 ( 該当 ・ 非該当 ) ※負担限度額認定 ( 該当 ・ 非該当 ) ※非該当事由 ( 課税 ・ 預貯金等合計額超過 ・ 未申告 )
年月日	から _____ 日まで