

介護保険負担限度額認定申請書

角田市長 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。

フリガナ			保険者番号	042085			
被保険者氏名	Ⓜ		被保険者番号	0200			
			個人番号				
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女			
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(※)	昭・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						
	配偶者氏名						
	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	<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受給者 <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※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</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>			受給している全ての年金の保険者に〇して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<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・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 <small>(受給している年金に〇して下さい)</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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>				
	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	電話番号	
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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。

※裏面もご記入ください

※以下は記入しないでください

【角田市処理欄】

認定内容	備考欄
認定・却下	左記のとおり認定してよろしいか伺います。 起案年月日： 令和 年 月 日 決定年月日： 令和 年 月 日
利用者負担段階	第 段階
交付年月日	令和 年 月 日
適用年月日	令和 年 月 日から
有効期限	令和 年 7月31日まで
給付制限により給付額が減額される期間(上記の認定は無効)	年 月 日から 年 月 日まで
申請者による個人番号記載(身元確認方法：)	有 / 無

課長	課長補佐	係長	係員

<市町村民税課税状況> 合計所得金額(A) 円
 課税 ・ 非課税 課税年金収入額(B) 円
 非課税年金収入額(C) 円
 公的年金に係る雑所得(D) 円
 (A)+(B)+(C)-(D) = 円

<非該当理由>
 ・ 課税による(本人 配偶者 世帯員)
 ・ 預貯金等の合計(1,000万円以上(単身) 2,000万円以上(夫婦))
 (生活保護 / 老齢福祉年金 / 境界層 / 給付制限 有・無)