

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	0 4 2 0 8 5			
被保険者氏名			被保険者番号	0 2 0 0			
			個人番号				
生年月日	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							
	配偶者氏名							
	生年月日	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"/> 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						受給している全ての年金の保険者に○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"/> ③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、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○して下さい） ※ 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。						
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。						
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。						
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円） ④の方は、550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。						
	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	
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：個人番号カード・運転免許証 ・その他 () 〕	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> ()