

介護保険負担限度額認定申請書

窓口受付

大野城市長あて

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。

ふりがな											被保険者番号													
被保険者氏名											個人番号													
生年月日	年	月	日生	本籍	都道府県					市区町村														
住 所	〒 -										電話番号													
利用サービス	<input type="checkbox"/> 施設入所 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設</td> <td><input type="checkbox"/> 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護医療院</td> <td></td> </tr> </table>																				<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院	
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設																							
<input type="checkbox"/> 介護医療院																								
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒										施設名： 電話番号													
入所（院）年月日（※）	年	月	日	（※）欄は、介護保険施設に入所しない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	ふりがな											生年月日	年	月	日生									
	氏名											個人番号												
	住所	〒										電話番号												
	本年1月1日現在の住所	〒										※1月1日現在の配偶者の住所が大野城市外の場合のみ記入												
収入等に関する申告 （いずれかにチェックをつけてください）	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者																							
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、本人の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。（受給している年金に○をつけてください。） ※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"/> 市町村民税非課税世帯であって、本人の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 120 万円以下です。（受給している年金に○をつけてください。）																							
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であって、本人の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 120 万円を超えます。（受給している年金に○をつけてください。）																							
預貯金等の申告 ※夫婦合計	<input type="checkbox"/> 預貯金・有価証券等の合計金額は以下のとおりです。 ※預貯金・有価証券等の金額をご記入ください。また、 <u>通帳等の写しを添付してください。</u>																							
	預貯金額											有価証券・信託等						その他 （現金・負債を含む）	(内容：)					
	円										円					円								

※裏面も記入してください。

申請者が本人の場合には、申請者欄について記載は不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒		電話番号
申請内容について、収入・預貯金等の内容を本人（又は配偶者等）に確認しました			

※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及び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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (3) 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。
- (4) 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。

照 会 同 意 欄

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、照会することに同意します。

年 月 日

〈 本人 〉 氏名 ㊟

住所

〈 配偶者 〉 氏名 ㊟

住所

※保険者記入欄※

認定	状況等	課税状況	収入状況等				利用者負担段階	
要介護	被保護者						第1段階	
	高齢福祉年金	非課税	預貯金等1,000万(夫婦2,000万)以下				第1段階	
	境界層該当 ※別紙参照		利用者負担1段階にすれば生活保護を必要としない				第1段階	
			利用者負担2段階にすれば生活保護を必要としない				第2段階	
または 要支援	上記以外	非課税 ※第2号被保険者は、預貯金等1,000万(夫婦2,000万)以下	合計所得金額+年金収入額等≤80万、かつ預貯金等650万(夫婦1,650万)以下				第2段階	
			80万<合計所得金額+年金収入額等≤120万、かつ預貯金等550万(夫婦1,550万)以下				第3段階①	
	課税	合計所得金額+年金収入額等>120万、かつ預貯金等500万(夫婦1,500万)以下				第3段階②		
		課税者の特例措置→※別紙 収入等申告書参照				第3段階②		
非該当			上記以外				非該当	
受 付 印			起案	令和 年 月 日	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
			決裁	令和 年 月 日				
			交付	令和 年 月 日				
			決 裁	課 長	係 長	係 員	入力者	受付者