

介護保険負担限度額認定申請書

当別町長 様

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	年	月		日									
住 所	〒		連絡先										
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒		連絡先										
入所年月日（※）	年	月	日	（※）介護保険施設に入所（院）しない場合及びショートステイ利用の場合は、記入は不要です。									

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	年	月	日	個人番号										
	住 所	〒		連絡先											
	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。 ※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【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

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	連絡先(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、通帳の写しを添付してください。
- (3) 書き切れない場合は、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。

※ 裏面に続きますので、必ずご記入ください

同意書

当別町長 様

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、当別町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。

年 月 日

(本人) 住所 _____

氏名 _____

(配偶者) 住所 _____

氏名 _____

【当別町記入欄】

施設入所区分	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他（短期入所・入所施設未定 等）			
預貯金等状況	_____ 円	預貯金基準		
	<input type="checkbox"/> 預貯金基準内 <input type="checkbox"/> 預貯金基準超（非該当）	<input type="checkbox"/> 配偶者なし	<input type="checkbox"/> 配偶者有	
収入等状況	第1段階	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者	1千万円以下	2千万円以下
	課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が			
	第2段階	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下	650万円以下	1,650万円以下
	第3段階①	<input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下	550万円以下	1,550万円以下
	第3段階②	<input type="checkbox"/> 年額120万円超	500万円以下	1,500万円以下
第4段階	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯課税・配偶者課税（非該当）		<input type="checkbox"/> 課税層特例該当	
非課税年金種別	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済			
認定期間	令和4年 月 日 ~ 令和 年7月31日			
境界層対象者の場合	食費 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②			
	居住費 <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②			
備考				(受付印)