

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	トウバツ イチロウ	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
被保険者氏名	当別 一郎	個人番号	個人番号は記載不要です
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日		
住所	〒061-0234 石狩郡当別町西町32番地2	連絡先	0133-23-3029
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒061-0292 石狩郡当別町白樺町58番地9 特別養護老人ホームゆとろ	連絡先	0133-23-2330
入所年月日（※）	令和〇年 〇月 〇〇日	（※）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	① 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	トウバツ ハナコ		
	氏名	当別 花子	個人番号は記載不要です	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日	個人番号	
	住所	〒061-0234 石狩郡当別町西町32番地2	連絡先	0133-23-3029
	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	

該当する区分に✓

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 checked="" 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。			
預貯金等に関する申告	<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。			
	<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	3,456,789円	有価証券（評価概算額）	150,000円	その他（現金・負債を含む）	（タンス預金）※ 10,000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	当別 花子	連絡先(自宅・勤務先)	0133-23-3029
申請者住所	石狩郡当別町西町32番地2	本人との関係	妻

預貯金額の合計額を記載してください。  
 ※預貯金額の確認のため、本人及び配偶者名義の全ての通帳の表紙、残高が記載されているページ、定期預金のページのコピーを添付してください。（定期預金をしていなくても該当ページをコピーしてください。）  
 なお、コピーする前に忘れずに記帳願います。

※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。

令和〇年 〇月〇〇日

(本人) 住所 石狩郡当別町西町32番地2

氏名 当別 一郎

(配偶者) 住所 石狩郡当別町西町32番地2

氏名 当別 花子

ここから下は記載不要です。

施設入所区分	<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)	