

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ				被保険者番号			
被保険者氏名				個人番号			
生年月日		明・大・昭 年 月 日					
住所		電話番号					
配偶者の有無		有 ・ 無		「有」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」について、ご記入ください。※配偶者については、内縁関係の者を含みます。			
配偶者に関する事項	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		個人番号			
	住所	電話番号					
入所施設名称及び入所日(※)		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日				※介護保険施設に入所している場合はご記入ください。(ショートステイは除く)	
負担限度額申請事由	☐	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				預貯金等の基準額	単身 1,000 万円以下 夫婦 2,000 万円以下
	☐	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 82 万 6500 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。					単身 650 万円以下 夫婦 1,650 万円以下
	☐	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 82 万 6500 円を超え 120 万円以下です。					単身 550 万円以下 夫婦 1,550 万円以下
	☐	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 120 万円を超えます。					単身 500 万円以下 夫婦 1,500 万円以下
☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ※第 2 号被保険者（40 歳以上～64 歳）の場合、1,000 万円以下（夫婦は 2,000 万円以下）です。						
帯広市長 様 上記のとおり食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定の申請をします。その際、認定審査に必要な所得等確認のために課税台帳を閲覧すること、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、受給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、負担限度額認定の内容を居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者(地域包括支援センター)、居宅(介護予防)サービス事業者、介護保険施設へ提供することに同意します。 なお、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ます。 年 月 日 被保険者 氏名 配偶者(単身者の場合不要) 氏名 連絡先 氏名 続柄 電話番号							

市町村記入欄

生保(開・廃・停・境)転入出・世帯(分離,合併)	課税証明・照会	市町村民税(世帯)	預貯金,有価証券金額等の合計	利用者負担段階
年 月 日	必要・確認済	課税・非課税	円	1・2・3①・3②・4
有効期間	介護認定	世帯員数	合計所得+年金収入	円
年 月 日～ 年 月 日	有 ・ 申請中 ※認定予定日 ()	人	課 円 非 円	年金収入額 円 合計所得金額 円