

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) 茂原市長

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。

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 連絡先 | | | | | | | | | | |
| 入所(院)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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | 個人番号 | | | | |
| | 生 年 月 日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | 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→利用者負担第1段階 | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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80万円以下です。→利用者負担第2段階 (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。 | | | | | | | | 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"/> | 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80万円を超え、120万円以下です。→利用者負担第3段階① (受給している年金に○して下さい) | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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。→利用者負担第3段階② (受給している年金に○して下さい) | | | | | | | | | |
| 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認定要件の基準額以下です。 預貯金等の基準額 第1段階：1,000万円(夫婦は2,000万円) 第2段階：650万円(夫婦は1,650万円) 第3段階①：550万円(夫婦は1,550万円) 第3段階②：500万円(夫婦は1,500万円) ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | |
| | 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) |

※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 | 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。
- (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。