

介護保険負担限度額認定申請書(入所・短期入所)

令和 年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 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		保険者番号								
被保険者氏名		被保険者番号								
		個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女							
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)する居室の種類	1. ユニット型個室 2. ユニット型個室の多床室 3. 従来型個室 4. 多床室									
(※)入所(院)年月日	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載不要です。								
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」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	明・大・昭 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)	〒 連絡先								
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/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者							受給している全ての年金の保険者にチェックして下さい。 <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	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯者であって、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。(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。								
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯者であって、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80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)								
非課税年金額(遺族年金、障害年金等)に関する申告	受給あり ・ 受給なし		左記において「受給なし」の場合は、「年金保険者への届出住所」については記入不要です。							
	年金保険者への届出住所	現住所と同じ ・ その他()								
預貯金等に関する申告(夫婦合計)	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり									
	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)	()※				

※内容を記入して下さい。

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・勤務地)
申請者住所	本人との関係

保険者記入欄

交付年月日	利用者負担段階	施設使用区分
令和 年 月 日	第1段階	入所 ・ 短期入所
適用年月日	第2段階	備 考
令和 年 月 日	第3段階	送付先：施設・ケアマネ・本人・申請者
有効期限	第4段階	
令和 年 月 日		

注意事項

- 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下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 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。