

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					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号			
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)する居室の種別	1. ユニット型個室 2. ユニット型個室的多床室 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・預貯金等に関する申告	<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又は第2号被保険者(60歳以上64歳以下)で、 <u>預貯金、有価証券等の合計金額が1,000万円(夫婦で2,000万円)以下</u>					
	<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80.9万円以下で、 <u>預貯金、有価証券等の合計金額が650万円(夫婦で1,650万円)以下</u> <small>※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。</small>					
	<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80.9万円を超え、120万円以下で、 <u>預貯金、有価証券等の合計金額が550万円(夫婦で1,550万円)以下</u>					
	<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120万円を超え、 <u>預貯金、有価証券等の合計金額が500万円(夫婦で1,500万円)以下</u>					
	受給している全ての年金の保険者にチェックしてください。 <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							
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			
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 ()						

※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①	送付先：施設・ケアマネ・本人・申請者
有効期限	第3段階②	
令和 年 月 日	第4段階	

注意事項

- 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。
- 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。