

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和〇年〇月〇日

(申請先)

大里広域市町村圏組合管理者 宛

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<br>被保険者氏名                       | オオサト タロウ   | 被保険者番号 | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
|                                      | 大里 太郎  | 個人番号   |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                      |  | 生年月日   | 〇年〇月〇日 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所                                   | 熊谷市曙町〇丁目〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇                               |        |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇<br>特別養護老人ホーム〇〇〇〇〇               |        |        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      | 〇年〇月〇日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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 配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」<br>については、記載不要です。 |                                |  |  |  |  |                                      |  |  |                   |  |  |  |
| 配偶者に関する<br>事項 | フリガナ  | オオサト ハナコ                       |  |  |  |  |                                      |  |  |                   |  |  |  |
|               | 氏名  | 大里 花子                          |  |  |  |  |                                      |  |  |                   |  |  |  |
|               | 生年月日  | 〇年〇月〇日                         |  |  |  |  | 個人番号                                 |  |  |                   |  |  |  |
|               | 住所  | 熊谷市曙町〇丁目〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |  |  |  |  |                                      |  |  |                   |  |  |  |
|               | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(現住所と<br>異なる場合)              | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地                  |  |  |  |  | ※現在の住所と本年1月1日時点の住<br>所が違う場合はご記入ください。 |  |  | 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |  |  |  |
| 課税状況          | 市町村民税 非課税                                       |                                |  |  |  |  |                                      |  |  |                   |  |  |  |

|                                  |                                     |  |  |  |                 |         |  |  |                       |                                    |  |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|--|-----------------|---------|--|--|-----------------------|------------------------------------|--|--|
| 収入等に関<br>する申告                    | <input type="checkbox"/>            | ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者   |  |  |                 |         |  |  |                       |                                    |  |  |
|                                  | <input type="checkbox"/>            | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額80.9万円以下です。<br>(受給している年金に〇してください)<br>※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 checked="" type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額80.9万円を超え、120万円以下です。  |  |  |                 |         |  |  |                       |                                    |  |  |
|                                  | <input type="checkbox"/>            | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額120万円を超えます。   |  |  |                 |         |  |  |                       |                                    |  |  |
| 預貯金等<br>に関する申告<br>※通帳等の写し<br>は別添 | <input checked="" type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、<br>③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、<br>⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 |  |  |                 |         |  |  |                       |                                    |  |  |
|                                  | 預貯金額                                | 〇〇〇〇〇〇円  |  |  | 有価証券<br>(評価概算額) | 〇〇〇〇〇〇円 |  |  | その他<br>(現金・負債を<br>含む) | ( 〇〇〇〇〇〇 ) ※<br>円<br>※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、以下の記載は不要です。

|       |              |             |              |
|-------|--------------|-------------|--------------|
| 申請者氏名 | 大里 広域        | 連絡先(自宅・勤務先) | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 申請者住所 | 熊谷市曙町〇丁目〇〇番地 | 本人との関係      | 子            |

## 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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

※裏面の同意書も必ずご記入ください。