

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請

先)
余市町長 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											被保険者番号										
被保険者氏名											個人番号										
生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日																				
住 所											連絡先										
入所（院）した介護 保険施設の所在地 および名称（※）	施設所在地																				
	施設名										連絡先										
入所（院）年月日（※）	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日										(※)介護保険施設に入所（院）していない場合および 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																				
	生 年 月 日	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)																				
課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税																				

収 入 等 に 関 する 申 告	非課税年金受給の有無	有（遺族年金／障害年金） ・ 無										世帯の市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税																
	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者																											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80 万 9 千円以下</u> かつ預貯金額の合計が 650 万円（夫婦は 1, 650 万円）以下です。																											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が <u>年額 80 万 9 千円を超え、120 万円以下</u> かつ預貯金額の合計が 550 万円（夫婦は 1, 550 万円）以下です。																											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が <u>年額 120 万円を超え、</u> かつ預貯金額の合計が 500 万円（夫婦は 1, 500 万円）以下です。																											
	預貯金額（普通・定期等）										有価証券（評価概算額）										その他（現金・負債等） [内容 :] 円 円 円								

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									

◎認定結果送付先
被保険者住所 ・ 入所(院)中施設 ・ 申請者住所 ・ その他（ ）
※裏面の注意事項もご確認ください。

課税状況	課税 ・ 非課税	入力
限度額段階	1 ・ 2 ・ 3① ・ 3②	
預貯金額	650 万円(1, 650 万円)以下・550 万円(1, 550 万円)以下・500 万円(1, 500 万円)以下	確認
決定事項	承認 ・ 不承認	

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、通帳等を複数保有している場合は、そのすべての合計金額を記入し、そのすべての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。