

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)三宅村長 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		1 3 3 8 1 9
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 番 号		
			個 人 番 号		
生 年 月 日	年 月 日		性 別	男 ・ 女	
住 所	〒 電話番号				
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	所在地	〒 電話番号			入所(院) していない 場合及び ショートステイ 利用の方は 記入不要です
	名 称				
入 所(院) 年 月 日	年 月 日				

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			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所 ※同居の 場合は 記入不要			
	前年度1月1日現在の 住所(現住所地と 異なる場合)			左記を記入した場合 配偶者の 区市町村民税 課税状況

収入等に 関する申告	☐	(第1段階)生活保護受給者/村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	☐	(第2段階)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80万9,000円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)			
	☐	(第3段階①)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80万9,000円を超え120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)			
	☐	(第3段階②)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。 (受給している年金に〇して下さい)			
預貯金等 の申告 (夫婦合計)	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準以下です。【資産要件:第1段階(老齢福祉年金受給者)1,000万円、第2段階650万円、第3段階①550万円、第3段階②500万円以下。配偶者がいる場合はそれぞれ+1,000万円】預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。			
	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。

決 裁	課長	係長	係

照 会 同 意 書

介護保険負担限度額のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

年 月 日

<本人> 住所 〒

氏名

<配偶者> 住所 〒

氏名

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。

フリガナ		事業所が提出する 場合は名称等を記入	
申 請 者 氏 名		連 絡 先	
住所	〒	本人との関係	

注意事項

- (1) 配偶者がいらっしゃる場合は、お二人の合計金額を記入してください。
- (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てください。
- (3) 遺族年金には、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。
- (4) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙記入の上、添付してください。
- (5) 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。

以 下 村 記 入 欄

村 記 入 欄	交 付 年 月 日 年 月 日	生 活 保 護 有 ・ 無	利用者負担段階 第 段階	今回の結果
		老 福 年 金 有 ・ 無	判定所得金額 円	1. 該当
	適 用 年 月 日 年 月 日から	遺 族 年 金 有 ・ 無	(内訳) 合計所得 円	2. 非該当
		障 害 年 金 有 ・ 無	(内訳) 年金収入 円	3. 未申告
	有 効 期 限 年 月 日まで	保 険 料 第 段階	預貯金等合計金額 円 配偶者課税状況 課税 ・ 非課税	(本人・家 族・ 配偶者)
	要 介 護 度 支援()介護() 新規・更新・区変(/)	給 付 制 限 有 ・ 無	非該当事由 (上記2に該当 する場合)	(本人・家族・配偶者) 課税 預貯金等合計額超過