

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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|--|--------------|----------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する 申告 | <input type="checkbox"/> | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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年額 82 万 6,500 円以下 かつ預貯金額の合計が 650 万円 (夫婦は 1,650 万円) 以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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年額 82 万 6,500 円を超え、120 万円以下 かつ預貯金額の合計が 550 万円 (夫婦は 1,550 万円) 以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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年額 120 万円を超え、 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。

【 以下、余市町記入欄 】

| | | |
|-------|--|----|
| 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。