

新規申請用

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)  
揖斐広域連合長 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		明・大・昭		年		月		日													
住所		〒 連絡先																			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）		〒 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）していない場合及び 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	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）	〒																			
課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税																			
収入等に関する申告	<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、 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 合計額が年額80万9千円以下です。（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。） ※ 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 type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 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 合計額が年額80万9千円を超え、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、 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 合計額が年額120万円を超えます。																			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円 （同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円） 以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、②～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円） 以下です。																			
	※通帳等の写しは別添	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		※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・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

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、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、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。

※各町記入欄（ここは記入しないでください）	<input type="checkbox"/>	非課税年金	<input type="checkbox"/>	世帯の税情報	有 ・ 無	確認者
	<input type="checkbox"/>	年金保険者	<input type="checkbox"/>	無の場合、住民税申告	未 ・ 済	

（裏面に続きます）

## 同意書

揖斐広域連合長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ)、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、報告を求めることに同意します。

また、揖斐広域連合長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

住所

氏名

( )

保険者処理欄 (ここは記入しないでください)

本人世帯	非課税 ・ 課税	結 果	認定 ・ 却下
配偶者	非課税 ・ 課税	利用者負担段階	1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② 段階
判定基準額	円	認定情報	第1 ・ 2号 要介護 ( )