

## 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	<p>受給している全ての年金の保険者に○して下さい。</p> <p>日本年金機構</p> <p>地方公務員共済</p> <p>国家公務員共済</p> <p>私学共済</p>						
	<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【 <b>遺族年金※・障害年金</b> 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <b>年額80万9千円以下</b> です。（受給している年金に○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【 <b>遺族年金※・障害年金</b> 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <b>年額80万9千円を超える、120万円以下</b> 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【 <b>遺族年金※・障害年金</b> 】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が <b>年額120万円を超える</b> ます。							
	預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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。					
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	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	

(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( )