

介護保険負担限度額認定申請書

以下の太枠内の部分を記入してください。

記入例

- ・介護保険施設等に入所しない場合には、記入は不要です。
- ・入所予定で、入所が決定している方は、入所予定施設を記入してください。

1. 特別養護老人ホーム
 2. 介護老人保健施設
 3. 療養病床等（介護療養型医療施設）
- ※令和6年3月末で廃止しております。
4. 介護医療院
 5. ショートステイ
- ※グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等は申請対象外です。

- ・配偶者（内縁関係を含む。）の市町村民税課税状況を記入してください。
- ・配偶者が課税の場合は、非該当となります。

- ・市町村民税世帯非課税者とは、本人及び本人と同一世帯の者全員が市町村民税非課税の方をいいます。本人又は本人と同一世帯の者が市町村民税課税の場合は、非該当となります。
- ・非課税年金受給状況にチェックを付けてください。また、受給している年金の保険者にチェックを付けてください。
- ・課税年金収入額、合計所得金額、非課税年金収入額の合計額は、本人分のみです。

- ・預貯金等の写し（本人及び配偶者分（内縁関係を含む。）を添付し、本人及び配偶者の預貯金等について記入してください。
- ・預貯金、有価証券等の金額の合計が申請書に示す各負担段階の金額を超える場合は、非該当となります。
- ・対象となる預貯金等は、以下のとおりです。

- ① 預貯金（普通・定期）
- ② 有価証券（株式・国債・地方債・社債等）
- ③ 金・銀等の購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属
- ④ 投資信託
- ⑤ 自宅金庫（タンス預金等の現金）
- ⑥ 負債（借入金・住宅ローン等）

申請書を提出する日を記入してください。

フリガナ	コウイキ レンコ	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6
被保険者氏名	広域 連子	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
生年月日	明・大・ 昭 12年 3月 4日		
住 所	〒 476 - 0003 東海市荒尾町西通間2-1		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 477 - 0000 東海市中央町1-1 ＜施設名称＞ 特別養護老人ホーム 広域		
入所年月日(※)	〇〇年 〇〇月 〇〇日	施設のサービス種	1 特養 2 老健・3 療養型・4 介護医療院・5 ショートステイ
※)ショートステイの場合は、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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ コウイキ タロウ 氏 名 広域 太郎 生年月日 明・大・ 昭 10年 9月 8日 住 所 〒 476 - 0003 東海市荒尾町西通間2-1	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税		
収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 第1段階 ☒ 市町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非課税年金収入額の合計額が 年額82.65万円以下 の方 第2段階 ☐ 市町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非課税年金収入額の合計額が 年額82.65万円超120万円以下 の方 第3段階① ☐ 市町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非課税年金収入額の合計額が 年額120万円超 の方 第3段階②		
本人の非課税年金受給状況	☒ 遺族年金※ ☐ 障害年金 ☐ 受給していない ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金 含む ☐ 受給している年金保険者 ☒ 日本年金機構 ☒ 地方公務員共済 ☐ 国家公務員共済 ☐ 私学共済		
預貯金等に関する申告	預貯金、有価証券等の金額の合計額が次に示す金額以下です。 第1段階 1,000万円（夫婦は2,000万円） 第2段階 650万円（夫婦は1,650万円） 第3段階① 550万円（夫婦は1,550万円） 第3段階② 500万円（夫婦は1,500万円） 預貯金額 1,519,988 円 有価証券（評価概算額） 0 円 その他（現金・負債を含む） 40,610 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		
(宛先)知多北部広域連合長 上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定の申請をします。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 東海市荒尾町西通間2-1 電話番号 (052) 689 - 2263 申請者 氏名 広域 太郎 被保険者との続柄 (夫)			

注意事項

- 1 この申請書における「配偶者」については、別居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所有している場合は、その全てを記入し、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。

市町記入欄	☐ 世帯分離 (異動日 年 月 日) ☐ 生活保護 (開始日 年 月 日 廃止日 年 月 日 停止日 年 月 日) ☐ 境界層 (開始日 年 月 日 廃止日 年 月 日) ☐ 税更正 (申告日 年 月 日)	☐ 住所地特例有り
保険者記入欄	交付年月日 適用年月日 有効期限 備考 年 月 日 年 月 日 年 月 日	書類確認 認定期間 非課税年金 給付期間
係長	係	課長
		受付者