

介護保険負担限度額認定申請書
(令和8年8月～令和9年7月)



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	〒 -												
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 - <施設名称>												
入所年月日(※)	年 月 日		施設のサービス種類	1 特養・2 老健・3 療養型・4 介護医療院・5 ショートステイ									

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												
	氏名												
	生年月日	明・大・昭 年 月 日		個人番号									
	住所	〒 -		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		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								
	☐	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										
	☐	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										
	☐	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										
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 円		有価証券(評価概算額) 円		その他(現金・負債を含む) 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。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 () - 被保険者との続柄 ()											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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)	☐ 住所地特例有り										
	☐ 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)											
保険者記入欄	交付年月日 年 月 日		適用年月日 年 月 日		有効期限 年 月 日		備考		書類確認	認定期間	非課税年金	給付制限

係長	係

課長	受付者