

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)

受付印

| | | | | | | |
|-------------------|---------------|---|--------|-------|-----------------------------------|--|
| 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 | |

(※)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 | | | | | |
| | 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 | <input type="checkbox"/> | 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 | 本人の非課税年金受給状況 <input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 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 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | | | | |
| 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。 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | 電話番号 () - |
| 住所 | |
| 申請者 氏名 | 被保険者との続柄 () |

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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 | <input type="checkbox"/> | 世帯分離 (異動日 年 月 日) | <input type="checkbox"/> | 住所地特例有り | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 生活保護 (開始日 年 月 日 廃止日 年 月 日 停止日 年 月 日) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 境界層 (開始日 年 月 日 廃止日 年 月 日) | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 税更正 (申告日 年 月 日) | | | | | | |
| 保険者記入欄 | 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限 | 備考 | 書類確認 | 認定期間 | 非課税年金 | 給付制限 |
| | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 | | | | | |

| | |
|----|---|
| 係長 | 係 |
| | |

| | |
|----|-----|
| 課長 | 受付者 |
| | |