

介護保険負担限度額認定申請書
(令和4年8月～令和5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	☐	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 ☐ 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80万円以下 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80万円超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														
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 電話番号 () -															
申請者 氏名 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、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	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