様式第３７号（第24条関係）

介護保険負担限度額認定申請書
（令和2年8月～令和3年7月分）

受付印

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	0 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
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

(※)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	受給している全ての年金の保険者に○を付けてください。 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【 遺族年金※・ 障害年金 】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○を付けてください。) ※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。	
	□	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【 遺族年金 ・ 障害年金 】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に○を付けてください。)	
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	
	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

※（ ）内に内容を記入してください。

（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。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　電話番号（　　）　－

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		第1段階	食費300円／日	交付年月日	年　月　日	書類確認	認定期間	非課税年金	給付制限
		第2段階	食費390円／日	適用年月日	年　月　日から				
		第3段階	食費650円／日	有効期限	年　月　日まで				
		第4段階	特例措置						
		その他	非該当						

係長	係

課長		受付者