

介護保険負担限度額認定申請書

区分	新規・更新・再申請
----	-----------

年 月 日

後志広域連合長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

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	〒														
	連絡先														
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先														
入所(院)年月日(※)		年		月		日									(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記載不要です。

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、記載不要です。													
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	〒														
		連絡先														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)															
課税状況	町村民税	課税	・	非課税												

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者 又は 町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													
	<input type="checkbox"/>	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】収入額の合計が年額80万円以下です。(受給している年金に〇してください) ※ 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。													
	<input type="checkbox"/>	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】収入額の合計が年額80万円超120万円以下です。(受給している年金に〇してください)													
	<input type="checkbox"/>	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】収入額の合計が年額120万円を超えます。(受給している年金に〇してください)													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が厚生労働省令で定める基準額以下です。 ※1 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり ※2 厚生労働省令で定める基準額は裏面に記載のとおり													
	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					

※内容を記載してください

被保険者住所以外に送付する場合は、下記に記載して同意を得てください

決定通知書及び認定証の送付	<input type="checkbox"/> 入所施設	送付先住所	〒	連絡先(自宅・勤務先)
	<input type="checkbox"/> その他	送付先氏名・名称		本人との関係

本決定通知にかかる送付先について、上記のとおり同意します。

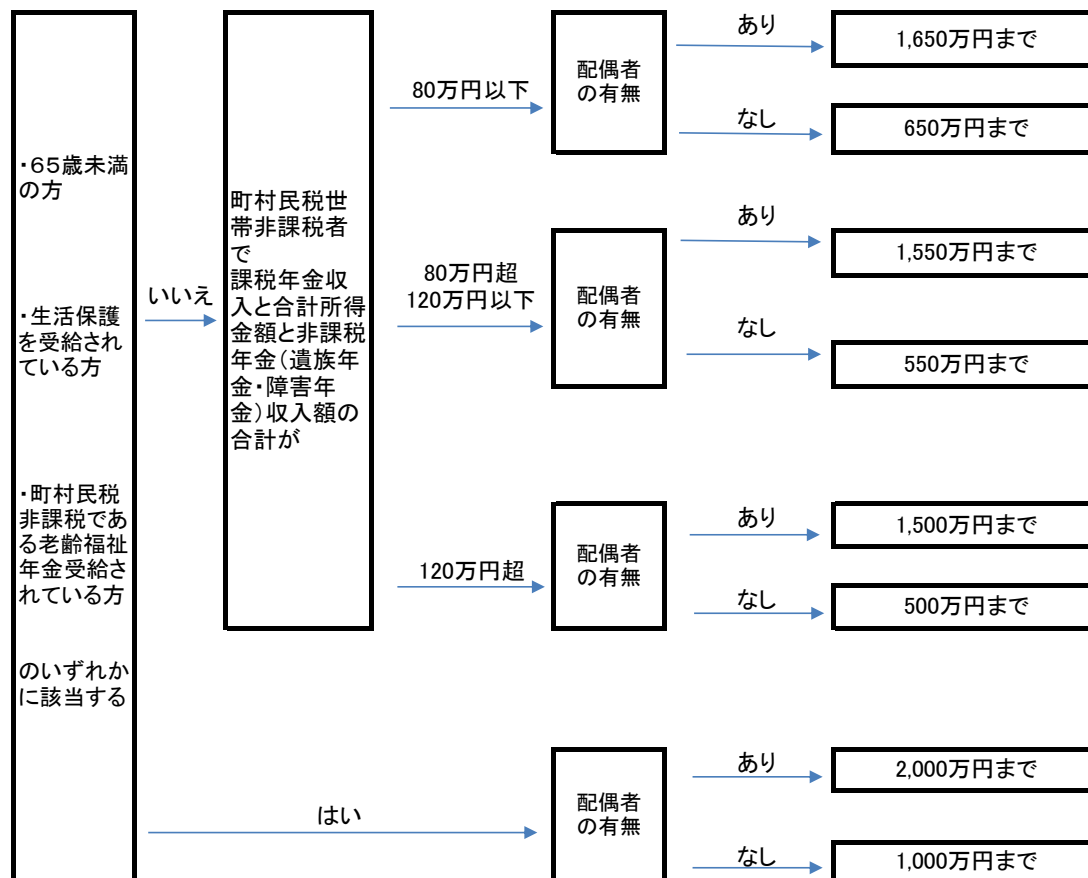
被保険者名

※注意事項を裏面に記載していますので、ご確認下さい。

備考(通信)覧	記載者:
---------	------

※ 預貯金等に関する申告のチェック表について
 預貯金額の申告をチェックするにあたり、下図で基準額をご確認ください。

預貯金等に関する申告に係る基準額



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) 決定にあたり、令和3年4月1日施行の税制改正により合計所得金額が影響を受けないよう調整しております。この調整により、決定段階が上がるなどの影響はありません。
- (3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 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。