

介護保険負担限度額認定申請書

(要支援 1・2, 要介護 1・2・3・4・5)

フリガナ			個人番号												
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0	0							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性	別									
被保険者住所	〒														
	電話番号														
介護保険施設所在地と名称	〒														
	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用														
	電話番号														
入所する居室の種類	1 ユニット型個室	3 従来型個室	入所年月日		年	月	日								
	2 ユニット型準個室	4 多床室													

配偶者に関する事項	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。													
	フリガナ															
	氏名															
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性	別	男	女							
	住所	〒														
		電話番号														
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒														
	課税状況	市町村民税	課税	非課税												

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 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													
	<input type="checkbox"/>	② 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〇して下さい) ※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。											非課税年金受給の有無 有・無		
	<input type="checkbox"/>	③-1 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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80 万円を超え 120 万円以下です。(受給している年金に〇して下さい)											受給している全ての年金の保険者に〇してください ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済		
	<input type="checkbox"/>	③-2 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 120 万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい)													
預貯金等に関する申告 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、②の方は 650 万円(同 1650 万円)、③-1 の方は 550 万円(同 1550 万円)、③-2 の方は 500 万円(同 1500 万円)以下です。※第 2 号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、①、②、③-1、③-2 の方は 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。													
	預貯金額	裏面の とおり	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債 を含む)	()※ 円									

※内容を記入してください

利尻富士町長 様

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。

また、この申請に関して保険者が必要とするときは、保険者が私と私の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得状況等について調査することに同意します。

令和 年 月 日

住所

申請者
(被保険者) 氏名 (印)

(代筆者氏名 被保険者との関係 電話番号)

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。
- 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。



裏面に続きます

介護保険負担限度額認定申請に係る預貯金申告書兼同意書

口座名義人氏名 (被保険者／配偶者)	金融機関名	本・支店名	種類	口座番号	残高金額(円)

利尻富士町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関(以下「銀行等」という。)に私及び配偶者(内縁の者を含む。以下同じ。)の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。また、利尻富士町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

(被保険者)

(配偶者)

住所

住所

氏名

Ⓜ

氏名

Ⓜ

電話番号

電話番号

注意事項

- (1) 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、そのすべてを記入してください。
- (2) 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。

※利尻富士町記載欄

申請種類	新規申請 ・ 変更申請 ・ 更新申請	
判定要件	老齢福祉年金受給有無	あり・なし
	生活保護受給有無	あり・なし
	市町村民税課非:世帯	課税 ・ 非課税 ・ 未確定 ・ 未申告
	市町村民税課非:本人	課税 ・ 非課税 ・ 未確定 ・ 未申告
	境界層該当	あり・なし
利用者負担段階	第 (1 ・ 2 ・ 3-① ・ 3-② ・ 4) 段階	
決定区分(食費関係) ※施設利用者	(300 ・ 390 ・ 650 ・ 1,360 ・) 円 / 日	
決定区分(食費関係) ※ショートステイ利用者	(300 ・ 600 ・ 1,000 ・ 1,300 ・) 円 / 日	
決定区分(居住費関係)	() 円 / 日	
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
認定証交付年月日	令和 年 月 日 未交付 <input type="checkbox"/> 認定要件に該当しない <input type="checkbox"/> その他()	
上記のとおり決定し、通知してよろしいか。		【備考】
決裁	課長 ・ 係長 ・ 係	受付印