

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日からの分

島原地域広域市町村圏組合管理者 様 年 月 日

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			保険者番号												
被保険者名			被保険者番号												
			個人番号												
生年月日	明・大・昭 年 月 日														
住 所	〒		—		電話番号（				）		—				
申請日時点での入所状況 (該当施設を丸で囲む)	① 介護老人福祉施設                      ② 介護老人保健施設                      ③ 介護医療院 ④ 地域密着型介護老人福祉施設                      ⑤ 短期入所生活（療養）介護														
※ 上記項目の①～④の施設に該当する場合のみ、施設名称・所在地等を記入してください。 〒															
電話番号（						）			—			入所年月日	年 月 日		

【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	年 月 日				個人番号									
現 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													

【代行提出】（申請される被保険者に代わって提出される場合に記入してください。）

氏 名（事業所名称等）	本人との関係													
住 所 〒	—		連絡先（事業所・勤務先・携帯・自宅） 電話番号（				）		—					

※ 本人の住所地以外へ送付を希望される場合は、介護保険送付先管理依頼（新規・変更・取消）届出書の提出が必要です。用紙は、各市・支所の窓口にあります。また、島原地域広域市町村圏組合のホームページからダウンロードすることもできます。

■ 保険者記入欄 ※この欄は記入しないでください。引き続き、裏面の項目を記入してください。

決定事項	備 考 （確認事項等）													
該当 ・ 非該当	送付先管理依頼届出	有 ・ 無	年度市民税											
段階	世帯員数	有 ・ 無	本 人： 課税 ・ 非課税											
	配偶者	有 ・ 無	配偶者： 課税 ・ 非課税											
適用有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで	老福年金	有 ・ 無	世 帯： 課税 ・ 非課税											
	生活保護 給付制限	有 ・ 無	本人・配偶者・世帯員が非課税の場合 (本人) 合計所得金額 _____円											
	資産要件（預貯金等）	該当・非該当	(本人) 課税年金収入額 _____円											
			(本人) 非課税年金収入額 _____円											

※ 裏面も必ず記入してください。

【非課税年金に関する申告】

[障害年金・遺族年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金] いずれかの年金収入について		<input type="checkbox"/> 収入がある <input type="checkbox"/> 収入はない		←該当する□にレを付けてください。
収入がある場合、受給している年金について記載してください		受給している年金の名称	年金保険者（該当保険者を○で囲んでください）	
	①		日本年金機構 地方公務員共済組合	国家公務員共済組合 日本私立学校振興・共済事業団
	②		日本年金機構 地方公務員共済組合	国家公務員共済組合 日本私立学校振興・共済事業団

【預貯金等に関する申告】（“申請日時点”における状況）

預貯金、有価証券等の金額の合計を記入してください。

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

対象者	預貯金額	有価証券額（評価概算額）	その他（現金・負債含む）
被保険者	円	円	円 (内容：)
配偶者	円	円	円 (内容：)
合計金額	円	円	円

- 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを含めて記入してください。
- 対象者ごとに、合計金額を記入してください。
- その他（現金・負債含む）の欄には、内容も記入してください。
- 漏れが無いように申告してください。

【収入等に関する申告】

該当する□にレをつけて下さい↓	利用者負担段階	所得の状況	預貯金等の資産状況
<input type="checkbox"/>	1	生活保護受給者の方等 住民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者の方	単身：1000万円以下 夫婦：2000万円以下
<input type="checkbox"/>	2	住民税非課税世帯であって、前年の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円以下の方	単身：650万円以下 夫婦：1650万円以下
<input type="checkbox"/>	3-①	住民税非課税世帯であって、前年の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円超120万円以下の方	単身：550万円以下 夫婦：1550万円以下
<input type="checkbox"/>	3-②	住民税非課税世帯であって、前年の合計所得金額、課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が120万円超の方	単身：500万円以下 夫婦：1500万円以下

※ 注意事項

- (1) 虚偽の申告によりこの申請を行い、不正に特定入所者介護サービス費等の保険給付を受けた場合には、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。
- (2) 介護保険料の滞納により、給付額減額の措置が行われている方については、特定入所者介護サービス費の支給は行いません。

本申請に関して、下記の同意書も必ず記入し、押印してください。

同 意 書	
島原地域広域市町村圏組合 管理者 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、信託会社その他の機関に、私及び配偶者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、照会することに同意します。	
年      月      日	
<本人>	
住 所：	
氏 名：	
<配偶者>	
住 所：	
氏 名：	