

介護保険負担限度額認定(新規・更新)申請書

申請日 年 月 日

フリガナ		性別	被保険者番号								
被保険者氏名		男・女	個人番号								
生年月日	大・昭 年 月 日										
住所	電話番号										
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	電話番号										
入所(院)年月日(※)	令 年 月 日 / ショート(※)介護保険施設を利用していない場合は記入不要										

配偶者の有無	有	無	配偶者の個人番号										
配偶者に関する事項	フリガナ		課税状況	市区町村民税	課税	・	非課税						
	氏名		生年月日	大・昭・平	年	月	日						
	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)													

収入等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者、または住民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者						
	<input type="checkbox"/>	②住民税非課税世帯で、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下						
	<input type="checkbox"/>	③住民税非課税世帯で、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80.9万円超120万円以下						
	<input type="checkbox"/>	④住民税非課税世帯で、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超える						
受給中の 公的年金 (受給に○)	種別	老齢年金・その他の課税年金						
		障害年金・遺族年金・寡婦年金・その他の非課税年金()						
保険者	日本年金機構(国民年金・厚生年金)・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済・その他()							

預貯金等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券の金額の合計が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の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下 ※第2号被保険者の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下							
	被保険者				配偶者				
	金融機関及び支店名		預貯金額		金融機関及び支店名		預貯金額		
	預貯金額 (普通・定期)		円		円		円		
			円		円		円		
			円		円		円		
			円		円		円		
	有価証券等 (株券・国債等)	種類	評価概算額		種類	評価概算額			
			円			円			
	その他 (現金・負債を含む)	種類	金額		種類	金額			
		円			円				
合計額		円			円				

※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。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名	連絡先		
申請者住所	本人との関係		

小美玉市記入欄

生活保護	有・無	老齢福祉年金	有・無	給付額減額	有・無	判定結果	承認・非承認
課税状況	本人(課税・非課税)・配偶者(課税・非課税)・配偶者無同一世帯員(課税・非課税)・同一世帯員無					負担段階	第 段階
						適用年月日	年 月 日
資産状況	基準内・基準超					交付年月日	年 月 日
年金収入	課税年金 円			・非課税年金 円		判定者	
年金収入額+合計所得金額				円			