

介護保険負担限度額認定（新規・更新）申請書

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											
	預貯金額 （普通・定期）	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						
				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								
			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			