

介護保険負担限度額認定申請書

雲南広域連合長 様

申請日 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 被保険者氏名		性別		保険者番号														
				被保険者番号														
生年月日	年	月	日	個人番号														
住 所	〒 連絡先																	
入所(院) した介護 保険施設 ※	名称				入所(院) 年 月 日	年 月 日												
	住所	〒 連絡先																

※在宅利用（ショートステイ）の場合は、入所(院)施設に関する項目は記入不要です。

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、記入不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ 氏 名				生年月日	年 月 日												
	住 所	□被保険者と同居 〒 連絡先																
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒			市町村民税課税状況	非課税 ・ 課税												

被保険者の収入等に関する申告	☐	生活保護受給者／市町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額	1,000万円（夫婦は2,000万円）以下		
	☐	住民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額82.65万円以下です。※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む（以下同じ）		650万円（夫婦は1,650万円）以下		
	☐	住民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額82.65万円を超え120万円以下です。		550万円（夫婦は1,550万円）以下		
	☐	住民税世帯非課税であり、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】の合計額が年額120万円を超えます。		500万円（夫婦は1,500万円）以下		
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
合計	預貯金額	円	有価証券等（概算評価額）	円	その他（現金・負債等）	円

【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。
- 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、そのすべての合計額を記入し、通帳等の金融機関名・口座名義・残高それぞれを確認できる箇所の写しを添付してください。通帳は原則申請日前2カ月以内に記帳したものを添付してください。
- 預貯金等に関して書ききれない場合は、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。
- 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。

【申請代理・代行者記入欄】（申請者が被保険者本人でない場合は、必ずご記入ください。）

氏名	連絡先（自宅・携帯・その他） — —
住所 〒	被保険者との関係

※ 裏面があります。必ず記入してください。

同意書

雲南広域連合長 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。）に私及び世帯員及び配偶者（世帯分離、内縁関係含む）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、貴連合長の報告要求に対し、官公署、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を官公署、銀行等に伝えること及び、本申請に対する決定事項について、私が利用した介護サービス提供施設から照会があった場合、情報を提供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

【受付市町記入欄】

特記事項

【広域連合記入欄】

備 考	
所得区分	第 1 段階 ・ 第 2 段階 ・ 第 3 段階① ・ 第 3 段階② ・ 第 4 段階
配偶者課税状況	(非課税 ・ 課 税)
預貯金等の金額	(基準以下 ・ 基準以上)
決定情報	(承 認 ・ 非承認)
負担段階	第 1 段階 ・ 第 2 段階 ・ 第 3 段階① ・ 第 3 段階②
その他	