

（その1）

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ		保 險 者 番 号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒								
	電話番号 ー								
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒								
	電話番号 ー								
入 所（院）年月日（※）	年 月 日								
滝川市長 様 上記のとおり食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定の申請をします。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ー （本人との関係 ）									

※ 介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

交付年月日	<input type="checkbox"/> 承認	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階① ・ 第3段階②		
年 月 日				
適用年月日	<input type="checkbox"/> 非承認	<input type="checkbox"/> 本人課税 <input type="checkbox"/> 世帯課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等超過 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
年 月 日から				
有効期限	備考			
年 月 日まで	差額支給申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		受付印
証 交 付		認 定 処 理		
<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 （送付日 . . .） （送付先 . . .）	<input type="checkbox"/> 公簿確認 <input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保護申請却下通知 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証		
<input type="checkbox"/> 郵送		扱		

<裏面記入>

(裏 面)

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。
配偶者に関する事項	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	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）	
	課 税 状 況	市町村民税 課税 ・ 非課税

収入等及び預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者又は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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額及び合計所得金額並びに【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。 ※ 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。 ○預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦の場合は1,650万円）以下です。 ※ 65歳未満の場合、1,000万円（夫婦の場合は2,000万円）以下です。以下同じ。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額及び合計所得金額並びに【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。 ○預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦の場合は1,550万円）以下です。	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額及び合計所得金額並びに【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。 ○預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦の場合は1,500万円）以下です。	
	<input type="checkbox"/>	その他（ ）	
		預貯金額	有価証券 (評価概算額)

円 円 ※内容を記入してください。

注意事項

- (1) 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。
- (2) 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、その全てを記入してください。
- (3) 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。
- (4) 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、支給された額及び当該支給額の2倍に相当する額以内の加算金を徴収することがあります。

(その2)

同意書

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