

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

名寄市長 様 次の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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	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(※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、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	個人番号
	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	

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者 / ②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"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。 (受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※ 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。
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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。

預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が ②の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 万円)、③の方は 650 万円(同 1,650 万円)、④の方は 550 万円(同 1,550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1,500 万円)以下です。 ※第 2 号被保険者の場合、③~⑤の方は 1,000 万(夫婦は 2,000 万円)以下です。			
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先電話番号(自宅・勤務先)
申請者住所 〒	被保険者との関係

◎ 同意書もご記入ください。

名寄市記入欄

入力	担当
/	

交付年月日	年 月 日	負担段階	第 段階
適用年月日	年 月 日	世帯の課税状況	課税 ・ 非課税
有効期限	年 月 日	資産の状況	基準以下 ・ 基準超
判定結果	承認 ・ 却下	収入等	課税年金 円 非課税年金 円