

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

武蔵野市長 殿

次のとおり関係書類を添えて、居住費(滞在費)・食費に係る負担限度額認定を申請します。

被 保 険 者	フリガナ											個人番号										
	被保険者氏名											被保険者番号										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
	住 所											電話番号										
	入所した介護保険施設の名称											電話番号										
	入所年月日	年 月 日			サービス種別	特養 ・ 老健 ・ 医療院 ・ ショートステイ																

配偶者の有無		有 ・ 無 ※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											個人番号										
	氏 名											電話番号										
	生年月日	明・大・昭 年 月 日										課税状況	市町村民税				課税 ・ 非課税					
	住 所																					
	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 (いずれかに「レ」を入れてください)	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計から公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が																	
	☐ 年額80万9,000円以下、かつ、預貯金等の合計額が650万円（夫婦は1,650万円）以下																	
	☐ 年額80万9,000円超120万円以下、かつ、預貯金等の合計額が550万円（夫婦は1,550万円）以下																	
	☐ 年額120万円超、かつ、預貯金等の合計額が500万円（夫婦は1,500万円）以下																	
	☐ その他（生活保護受給者・市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者）																	
☐ 第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）であって、市町村民税非課税世帯かつ預貯金等の合計額が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下																		
非課税年金受給状況	遺族年金 (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)			有 ・ 無		「有」の場合、受給しているすべての非課税年金に○をつけてください。 日本年金機構・地方公務員共済 ・ 国家公務員共済・私学共済						障害年金		有 ・ 無				
預貯金等に関する申告	預貯金額	円			有価証券 (評価概算額)	円			その他 (現金・負債等)		円							

申請内容についてのお問い合わせ先(ご本人の場合は記入不要です。)

連絡先氏名				本人との関係				電話番号			
-------	--	--	--	--------	--	--	--	------	--	--	--

- 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または内縁関係の者を含みます。
(2) 負担限度額の算定にあたり、公簿等により所得状況等の確認を行います。
(3) 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、そのすべてを記入してください。
また、預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを別途添付してください。
(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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

--- <市記入欄> -----

交付年月日 令和 年 月 日		上記の申請に基づき、以下のとおり決定する。					収受印
適用年月日 令和 年 月 日		生保	老齢福祉年金	世帯人数	課税状況	合計所得金額+年金収入額	
有効期限 令和 年 月 日		有・無	有・無	人	課税・非課税	- 80・80 - 120・120 -	
		配偶者	課税状況	預貯金等			
		有・無	課税・非課税	万円（夫婦 万円）以下・超			
		利用者負担段階		申請入力	決定入力	※支1・2 / 介1・2・3・4・5	
		第 段階 / 却下					
番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 住民票 ☐ その他()		身元確認	1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他() 2点 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ その他()			確認者印