受付印

令和4年8月1日 以降利用分　介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

小松島市長　殿

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。

年度	

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・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(※)	昭・平・令　　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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭　　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	□	① 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	非課税年金受給の有無 有・無 受給している全ての年金の保険者に○して下さい ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済
	□	② 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○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。	
	□	③-1 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**。	
	□	③-2 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 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙のとおり	□	預貯金、有価証券等の金額の合計額が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③-1の方は550万円（同1550万円）、③-2の方は500万円（同1500万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、①、②、③-1、③-2の方は1000万円（夫婦は2000万円）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）	（　　）※ 円 ※内容を記入して下さい

送付先	住所地・施設・代理申請者宅・その他（　　）

提出者が被保険者本人の場合は、下記について記入不要です。

代理申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先） 電話番号
代理申請者住所　〒	本人との関係

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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
(3)　書き切れない場合は、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、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。
(5)　段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に係る所得額」を控除した額となります。

小松島市確認欄

個人番号（本人）	個人番号（配偶者）	代理権（本人）	代理権（配偶者）	代理申請者身分確認	認定結果	備考