

記入例

令和4年8月1日
以降利用分

令和4年8月1日以降のサービス利用分については、こちらの申請書に記入してください。

受付印

介護保険負担限度額認定申請書

(例) 令和3年8月1日から令和4年7月31日の利用分⇒令和3年度
令和4年8月1日から令和5年7月31日の利用分⇒令和4年度
※認定開始日は、申請月により異なります。

申請日を記入して下さい。

令和4年7月1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	令和4年度											
フリガナ	コマツシマ タロウ	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
被保険者氏名	小松島 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	明・大・昭 ○年 △月 □日													
住 所	小松島市○○町△番□号	電話番号 0885-○○-△△△△												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	小松島市○○町×番×号 特別養護老人ホーム ○○苑	電話番号 0885-××-××××												
入所(院)年月日(※)	昭・平(令) 2年 5月 1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。												
フリガナ	コマツシマ ハナコ	配偶者の方がいる場合は「有」に○をして配偶者に関する事項を記入して下さい。亡くなっている場合は「無」に○をして下さい。配偶者に関する事項の記入は不要です。												
氏 名	小松島 花子													
生年月日	明・大・昭 △年 □月 ○日	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
住 所	同上	電話番号 同上												
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	1月～7月申請分につきましては、前年の1月1日時点での住所となります。													
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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。												
	<input type="checkbox"/>	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。												
	<input type="checkbox"/>	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。												
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													
受給している課税年金、非課税年金の保険者に○して下さい。														
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	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	7,654,321円	有価証券(評価概算額)	250,000円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 100,000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	小松島 一郎	連絡先(自宅・勤務先) 電話番号 0885-□□-○○○○												
代理申請者住所	〒773-×××× 小松島市△△町□番○号	本人との関係 子												

該当するところにチェックを入れてください。非課税年金受給の有無において「有」の方は、遺族年金または障害年金のうち受給している方に○をして下さい。

夫婦の場合、合計額だけの記入で構いません。有価証券、現金、負債等該当するものがない場合は、「0円」または「無し」とご記入ください。

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。
- 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。
- 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。
- 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。

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
小松島市確認欄						