

記入例

令和4年8月1日 以降利用分

令和5年8月1日以降のサービス利用分についても、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**
令和5年8月1日から令和6年7月31日の利用分⇒**令和5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5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5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 | 〇年 | △月 | □日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 小松島市〇〇町△番□号 電話番号 0885-〇〇-△△△△ | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 小松島市〇〇町×番×号 特別養護老人ホーム 〇〇苑 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 | <input checked="" type="radio"/> 有 | | <input type="radio"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 小松島 花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | △年 | □月 | 〇日 | 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・ <input checked="" type="radio"/> 非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

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 | 非課税年金受給の有無 有・ <input checked="" type="radio"/> 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 |
| <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。 | 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
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別紙で添付してください。

| | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------|----------|---------------|----------------------------------|
| <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 |

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。

| | | | |
|-----|--|--------|--------|
| 送付先 | 住所地・ <input checked="" type="radio"/> 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(<input checked="" type="radio"/> 自宅・ <input type="radio"/> 勤務先) | 電話番号 0885-□□-〇〇〇〇 |
| 代理申請者住所 | 〒773-×××× 小松島市△△町□番〇号 | 本人との関係 | 子 |

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 | | | | | | |