

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
与論町長

令和 年 月 日

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。

フリガナ			被保険者番号							
被保険者氏名	(印)									
生年月日	大・昭年月日		個人番号							
住所	〒		連絡先電話番号							
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒		1. 老人福祉施設 2. 老人保健施設 3. 療養型医療施設 4. 短期入所生活介護 6. 短期入所療養介護							
入所（院）年月日	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記載不要です。							
配偶者氏名									
生年月日	大・昭年月日		個人番号						
住所	〒		連絡先電話番号						
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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80,9万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。) ※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【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額80,9万円を超える、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【遺族年金※・障害年金】の収入額、 その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。								
	預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤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、③～⑤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

※内容を記入してください。

申請者氏名				連絡先（自宅・勤務先）				
申請者住所				本人との関係				

※与論町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	承認内容	<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階	<input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階
適用年月日	令和 年 月 日から		<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階①	<input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階②
有効期限	令和 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 第4段階特例減額	<input type="checkbox"/> 承認しない ()

<注意事項>

- (1)この申請における「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)書ききれない場合は、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。