

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	㊞		個人番号											
生 年 月 日	大・昭 年 月 日													
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 電話番号													
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は、記載不要です。」										
配偶者に関する事項	フリガナ												
	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〇して下さい。) ※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、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。

申請者が本人の場合については、下記について記載は不要です。

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。