介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）　　令和　　年　　月　　日

与　論　町　長

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 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生　年　月　日	明・大・昭　　年　　月　　日	性　　別	
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	明・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	□	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
	□	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。
	□	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が年額80万円を超え、120万円以下です。
	□	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	□	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。

受給している全ての年金の保険者に〇して下さい

日本年金機構
地方公務員共済
国家公務員共済
私学共済

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	□利用者負担第1段階　□利用者負担第2段階
適用年月日	令和　　年　　月　　日から		□利用者負担第3段階①　□利用者負担第3段階②
有効期限	令和　　年　　月　　日まで		□第４段階特例減額　□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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳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。

（5）1月2日以降に転入した方は、世帯全員分の転入前の市町村の年金収入額、合計所得金額と課税状況の記載のある課税証明を必ず添付してください。