

介護保険負担限度額認定申請書

新規申請記入例

佐賀中部広域連合長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る

申請書を提出される日です。

申請日 令和 5 年 6 月 1 日

フリガナ	コウイキ ハナコ		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
被保険者氏名	広域 花子		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7		
生年月日	明・大・昭	10年7月7日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
住所	〒840-1234 佐賀市大財1丁目1番111号 連絡先(昼間連絡のできる電話番号) 0952-11-1111														
入所介護保険施設の所在地及び名称(※)	佐賀市白山二丁目1番12号 特別養護老人ホーム 中部 電話番号 0952-01-2245														
入所(院)年月日(※)	令和 5 年 5 月 1 日														
配偶者の有無	有 ・ 無														
配偶者に関するフリガナ	コウイキ タロウ														
	氏名	広域太郎		生年月日	明・大・昭 10 年 7 月 7 日										
	住所	〒840-5678 佐賀市大財2丁目2番222号 電話番号 0952-22-2222													

別世帯に配偶者がいる場合は、「有」に○してください。配偶者がいない。既に亡くなっている場合は「無」に○してください。

【収入等に関する申告】
被保険者本人について記入してください。

被保険者本人の非課税年金受給の有無について記入してください。

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者/②市町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に○してください 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"/>	③市町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非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額80万円以下です。(いずれかに○してください) 遺族年金は、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。			
	<input type="checkbox"/>	④市町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非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(いずれかに○してください) 遺族年金は、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。			
	<input type="checkbox"/>	⑤市町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非課税年金【遺族年金・障害年金・受給なし】収入額の合計額が年額120万円を超えます。(いずれかに○してください) 遺族年金は、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。			
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	3,251,365円	有価証券(評価概算額)	1,152,532円	その他(現金・負債を含む)	(借入金)※ 113,621円

申請者が被保険者本人の場合、記載は不要です。

申請者氏名	広域 次郎	連絡先(昼間連絡のとれる電話番号)	0952-22-2222
申請者住所	〒840-5678 佐賀市大財2丁目2番222号	被保険者との関係	子

注意事項 (1) この申請書「申請者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁の配偶者(同居の事実上の配偶者)については、世帯分離をしていない配偶者又は内縁の配偶者(同居の事実上の配偶者)として記入してください。

申請内容についての問合せ先となります。

【預貯金等に関する申告】
被保険者本人と配偶者名義の全てについて記入して下さい。
申告の対象となる預貯金等の種類や必要な添付書類については、「更新のお知らせ」をご確認ください。

所得分布の状況等	<input type="checkbox"/>	世帯課税	<input type="checkbox"/>	承認しない					
	<input type="checkbox"/>	配偶者課税	<input type="checkbox"/>	承認しない					
	<input type="checkbox"/>	預貯金等超過	<input type="checkbox"/>	承認しない					
	<input type="checkbox"/>	世帯非課税	食費負担限度額		居住費負担限度額				
	I <input type="checkbox"/>	生活保護の受給者 老齢福祉年金受給者	300円		ユニット型個室	ユニット型個室の多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
			80万円以下	施設	短期入所	820	490	320	490
	II <input type="checkbox"/>	80万円以下	施設	短期入所	ユニット型個室	ユニット型個室の多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
			390円	600円	820	490	420	490	370
	III① <input type="checkbox"/>	120万円以下	施設	短期入所	ユニット型個室	ユニット型個室の多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室
			650円	1,000円	1,310	1,310	820	1,310	370
III② <input type="checkbox"/>	120万円超	施設	短期入所	ユニット型個室	ユニット型個室の多床室	従来型個室①	従来型個室②	多床室	
		1,360円	1,300円	1,310	1,310	820	1,310	370	

は、介護保険法第22条第1項の規定に

5) 保険給付制限 有 無

同意書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、佐賀中部広域連合が照会することに同意します。

佐賀中部広域連合長 様

記入された日です。

令和 5 年 6 月 1 日

〈本人〉

住所 佐賀市大財1丁目1番111号

氏名 広域 花子

代筆者 広域次郎 子

〈配偶者〉

住所 佐賀市大財2丁目2番222号

氏名 広域 太郎

代筆者 広域次郎 子

原則は本人署名ですが、署名が出来ない場合は、代筆である旨を記入し、代筆者の住所・氏名・続柄を追記してください。
代筆者が配偶者または申請者の場合は、住所の記載は省略できます。
また、氏名をパソコン等で入力後、印刷されたものを提出される場合には印鑑の押印が必要となります。