

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

小田原市長 様

食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称※ | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日※ | 昭・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・平 年 月 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 本年1月1日時点の住所※ | | | | | | | | | | | | | | | | ※現住所と異なる場合のみ記入してください。 | | | |
| | 課税状況 | 市町村民税 課税 ・ 非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|---|-------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 収入、預貯金等に関する申告 | <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です。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。） | | | | | | | | | | | 左の年金に係る年金保険者 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 日本私立学校振興・共済事業団 | | | | | |
| | <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、非課税年金（遺族年金・障害年金）収入額その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（配偶者と合わせて2,000万円）、③の方は650万円（配偶者と合わせて1,650万円）、④の方は550万円（配偶者と合わせて1,550万円）、⑤の方は500万円（配偶者と合わせて1,500万円）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1,000万円（配偶者と合わせて2,000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等（配偶者分を含む。）の写しは、別添のとおりです。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | 有価証券 (評価概算額) | その他 (現金・負債を含む) | () ※ 円 ※内容を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | |

申請者が被保険者の場合には、下記について記載は不要です。

| | |
|---------|--------|
| 記入者氏名 | 電話番号 |
| 記入者住所 〒 | 本人との関係 |

- 注 1 この申請書における「配偶者」には、内縁関係の方や住民票上世帯が異なる配偶者を含みます。
- 注 2 この申請書における「遺族年金」には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます
- 注 3 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、その全てを記入し、通帳の写しを添付してください。
- 注 4 記入欄が不足する場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入した書類を添付してください。
- 注 5 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は、介護保険法第22条第1項の規定に

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。

市記入欄

| | | | |
|-----------|---|-------------------|----------|
| ①非課税年金収入額 | 円 | 預貯金等金額 | 円 |
| ②課税年金収入額 | 円 | ()人世帯 | |
| ③合計所得金額 | 円 | 世帯課税 有・無 | 本人課税 有・無 |
| ①+②+③ | 円 | 第 段階 (年 月 日から適用) | |