

介護保険負担限度額認定申請書

諏訪広域連合長 様

4年6月20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	スワ コウイキ	被保険者番号	0300000000
被保険者氏名	諏訪 広域	個人番号	111111111111
生年月日	昭和20年 2月 22日	性別	
住所	〒 391-0000 茅野市 OO 1111-1	連絡先	72-0000
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 391-0000 茅野市 OO 2222-1	連絡先	73-0000
入所（院）年月日（※）	平成 26年 5月 20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 ←	配偶者がいない場合は 無 を選択してください 別世帯・別住所に配偶者の方がお住まいの場合は 有 を選択し、以下を記載してください。	
フリガナ	スワ レンゴウ		
氏名	諏訪 連合		
生年月日	昭和20年 3月 3日	個人番号	222222222222
住所	茅野市 OO 1111-1	連絡先	72-0000
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	非課税年金を受給されている方は、その種類を選択してください。
	<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（受給している年金に○してください。以下略） ※ 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 checked="" 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。	
預貯金額等に関する申告 ※通帳の写しは別添	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。		
預貯金額	30,000,000 円	有価証券（評価額）	0 円
その他（現金・負債を含む）	（現金）20,000 ※ 円		※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	諏訪 連合	連絡先（自宅・勤務先）	
申請者住所	茅野市 OO 1111-1	本人との関係	妻

預貯金額確認のため、お持ちの通帳全ての写しを添付書類として提出いただきます。ご本人名義の通帳及び配偶者のある方は配偶者名義となっているものも含め、全ての通帳について写しをご用意ください。
 通帳1冊につき①口座番号、口座名義人、銀行名に分かるページと②申請日から2カ月前までの最終残高が確認できるページをコピーし、添付してください。

本人以外の方が申請される場合、免許証等本人確認ができるものをお持ちください。

注意：裏面があります。

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私の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、照会することに同意します。また、当該申請に対する決定事項について、私（被保険者）の介護サービス及び介護予防サービスを提供する事業者に対して、広域連合が情報を提供することに同意します。

令和 4年 6月 20日

〈本人〉

住所 茅野市 ○○ 1111-1

氏名 諏訪 広域

〈配偶者〉

住所 茅野市 ○○ 1234-1

氏名 諏訪 連合

配偶者について記入してください。

別世帯・別住所に配偶者の方がお住まいの場合も記入が必要となります。

配偶者がいない場合は 記入不要です。

広域連合（市町村）記入欄

受付年月日	備考	
年 月 日	1.	世帯
	2.	円以下・650万円以下
適用年月日		円超
年 月 日 から		万円以下・1650万円以下
有効期限	3. 所得・年金収入状況	80万円以下・80万円超 120万円以下・120万円超
年 7月 31日 まで	4. 高齢福祉年金受給	有・無
	5. 生活保護受給	有・無
	6. 境界層措置	該当・非該当 (該当の場合資料添付のこと)
	7. 特例減額措置	該当・非該当 (該当の場合資料添付のこと)

こちらの欄は
記入不要です

利用者負担段階
第 1・2・3①・3②・4 段階

保険者等処理欄

市町村	減額等調査	確認	保険者	申請審査	システム入力	決定通知	認定証交付（交付年月日）