

介護保険負担限度額認定申請書

	保険者番号	322032
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	
住 所	〒	
	電話番号	
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒	
	電話番号	
入 所（院） 年月日 （※）	令和 年 月 日	
負担限度額 申請事由	1 生活保護受給者の方 又は、老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市町村民税非課税の方	
	2 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の課税年金収入額と【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82．65万円以下の方 （受給している年金に〇してください） ※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。	
	3 世帯全員が市町村民税非課税で、本人の課税年金収入額と【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82．65万円を超える方 （受給している年金に〇してください）	
出雲市長 様		
上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。		
令和 年 月 日		
住所		
申請者		
氏名		電話番号

※介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

市記入欄

交付年月日	備 考									
年 月 日	所得区分等の 状況	1	2	3①	3②	4				
適用年月日	決定情報	(承認する ・ しない)								
年 月 日から	負担限度額	(食費：施設) 300 390 680 1,420 (食費：短期入所) 300 600 1,030 1,360 (ユニット型個室) 880 1,370 1,470 (ユニット型個室的多床室) 550 1,370 1,470 (従来型個室：特養等) 380 480 880 980 (従来型個室：老健・医療院等) 550 1,370 1,470 (多床室：特養等) 0 430 530 (多床室：老健・医療院) 0 530 (多床室：老健・医療院等) 0 430								
有効期限	その他状況									
年 月 日まで										

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			個人番号		
	住所	〒連絡先				
	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82.65万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。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の合計額 年額82.65万円を超え、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	☐	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

注意事項

- （１）この申請書における「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、通帳等の写しを添付してください
- （３）書き切れない場合は、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。