

介護保険負担限度額認定申請書

(あて先)
広島市

区長

年 月 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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 _____ 連絡先 () - _____		
入所(院)した介護保険施設(※)	名称		左記施設に結果通知書・認定証の送付を希望される方は右欄に○印をして下さい。
	所在地	〒 _____ 連絡先 () - _____	
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。(世帯が別であっても、戸籍上の配偶者がいれば有としてください。また内縁関係に当たる場合も有としてください。)
--------	-------	---

配偶者に関する事項	フリガナ		市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税
	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号	
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 〒 _____ 連絡先 () - _____		
	1月1日現在の住所(※)(現住所と異なる場合)	〒 _____		(※) 申請日が8~12月の場合は当年、1月~7月の場合は前年の1月1日現在の住所を記入してください。

収入等に関する申告	課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者	<input type="checkbox"/> その他 (該当するものに○)	生活保護受給者 ・ 老齢福祉年金受給者 要保護者(境界層該当者) ・ 市町村民税課税世帯等の特例減額措置対象者	
	前年の非課税年金収入に関する申告(申請日が1月~7月の場合は前々年)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	種別 (遺族年金(※) 障害年金) 保険者 (日本年金機構・地方公務員共済 国家公務員共済・私学共済) ※該当する全ての年金種別・保険者を○で囲んでください。	
	所得(前年の年金収入額+その他の合計所得金額)		預貯金等の金額		
	①所得、預貯金等の基準(該当するものに✓)	<input type="checkbox"/>	年額80万円以下	預貯金等の合計が650万円(配偶者がいる場合は1,650万円)以下	
		<input type="checkbox"/>	年額80万円超120万円以下	預貯金等の合計が550万円(配偶者がいる場合は1,550万円)以下	
		<input type="checkbox"/>	年額120万円超	預貯金等の合計が500万円(配偶者がいる場合は1,500万円)以下	
	資格等		預貯金等の金額		
	②その他(該当する場合に✓)	<input type="checkbox"/>	65歳未満 / 生活保護受給者 / 老齢福祉年金受給者	預貯金等の合計が1,000万円(配偶者がいる場合は2,000万円)以下	
	※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	被保険者	預貯金額		有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む) () ※
配偶者	預貯金額		有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む) () ※	
合計	預貯金額		有価証券	その他	

※内容を記入してください。

[申請代理・代行者記入欄] (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。)

氏名	連絡先(自宅・勤務先) () - _____
住所	被保険者との関係

注意事項

- 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てください。
- 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。
- 預貯金等に関する申告欄に記載した金額が確認できる通帳等の写しを添付してください。
- 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。

◎ 裏面がありますので、必ず記入してください。

同意書

広島市 区長 様

- 1 介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯の世帯員並びに私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の市町村民税等課税状況の情報を市町村民税担当課に確認の上、利用され、また、非課税年金及び老齢福祉年金並びに生活保護の受給状況を確認されることに同意します。なお、これらを確認・利用されることについては各世帯員の承諾を得ています。
- 2 介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者の保有する預貯金及び有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。
また、貴区長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
- 3 私の入所する介護保険施設若しくは短期入所（生活・療養）サービス事業所の事業者又は居宅サービス計画の作成を依頼する指定居宅介護支援事業者若しくは指定介護予防支援事業者に対し、この申請に基づく認定結果を情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

<被保険者>

住 所

氏 名

（被保険者の住所・氏名を代筆した場合）

申請代理・代行者欄と同じ

住 所

氏 名

被保険者との関係

代筆理由

<配偶者>

住 所

氏 名

（被保険者の配偶者の住所・氏名を代筆した場合）

申請代理・代行者欄と同じ

住 所

氏 名

配偶者との関係

代筆理由

広島市記入欄

受付印	備 考				
	所得分布の状況等				
	1 市町村民税世帯課税の有無	有	無		
	2 配偶者の課税の有無	有	無		
	3 預貯金基準額以下の該当有無	有	無		
	4 合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金収入額の合計額が基準額以下の該当有無	有	無		
	5 老齢福祉年金受給の有無	有	無		
	6 生活保護受給の有無	有	無		
交付年月日	特例減額措置適用の有無		有	無	
年 月 日	食費の負担限度額決定		居住費の負担限度額決定		
適用年月日	<input type="checkbox"/> 第1段階 300円 【300円】	居室の種類	第1段階	第2段階	第3段階 (①、②)
年 月 日	<input type="checkbox"/> 第2段階 390円 【600円】	<input type="checkbox"/> ユニット型個室	880円	880円	1,370円
	<input type="checkbox"/> 第3段階① 650円 【1,000円】	<input type="checkbox"/> ユニット型個室的多床室	550円	550円	1,370円
有効期限	<input type="checkbox"/> 第3段階② 1,360円 【1,300円】	<input type="checkbox"/> 従来型個室 (老健・医療院等)	550円	550円	1,370円
年 月 日	(※ 【】 はショートステイ)	<input type="checkbox"/> 従来型個室 (特養等)	380円	480円	880円
		<input type="checkbox"/> 多床室	0円	430円	430円