

介護保険負担限度額認定申請

認定要件の確認	本人及び世帯員の市町村民税の課税状況	<input type="checkbox"/> 1:本人(被保険者)が生活保護受給者/2:市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 3:市町村民税世帯非課税者であり、かつ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80万円以下 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。 <input type="checkbox"/> 4:市町村民税世帯非課税者であり、かつ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80万円を超え、120万円以下 <input type="checkbox"/> 5:市町村民税世帯非課税者であり、かつ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120万円を超える
	本人及び配偶者の預貯金額	<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(夫婦は2,000万円)、3の方は650万円(同1,650万円)、4の方は550万円(同1,550万円)、5の方は500万円(1,500万円)以下 ※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(2,000万円)以下

被保険者の情報	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日		
	被保険者氏名				
	住所	郵便番号			
	電話番号				
	被保険者が現在受けているサービス	<input type="checkbox"/> 介護保健施設に入所(院)している <input type="checkbox"/> 介護保健施設に入所(院)予定 <input type="checkbox"/> ショートステイ			
	入所(院)している介護保健施設の名称				
	住所	郵便番号			
入所(院)年月日					

提出代行者の情報	提出代行者の氏名		被保険者との関係		
	事業所の名称		事業所の種別		
	事業所の住所	郵便番号			
事業所の電話番号					

配偶者の情報	配偶者の有無				
	個人番号				
	フリガナ		生年月日		
	配偶者の氏名				
	配偶者の現住所	郵便番号			
配偶者の本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	郵便番号				

預貯金等の情報	本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況			
	配偶者の市町村民税の課税状況			
	本人の基礎年金番号			
	本人の1年間の年金収入金額			
	本人の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額		
		有価証券評価概算額		
		その他(負債等)額		
	配偶者の預貯金、有価証券等及びその他(負債等)の金額	預貯金額		
		有価証券評価概算額		
		その他(負債等)額		