

# 「介護保険負担限度額認定申請書」の記入方法及び注意事項について

| 介護保険負担限度額認定申請書                             |                           |          |                                           |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------|---------------------------|----------|-------------------------------------------|---|---|------------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 精華町長 様                                     |                           | 〇年 〇月 〇日 |                                           |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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<br>被保険者氏名                             | セイ                        | カ        | タ                                         | ロ | ウ | 保険者<br>番号  |         |   | 2 | 6 | 3 | 6 | 6 | 5 |   |
|                                            | 精 華 太 郎                   |          |                                           |   |   | 被保険者<br>番号 | 0       | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|                                            |                           |          |                                           |   |   | 個人番号       | 1       | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 生年月日                                       | 明・大・昭                     | 〇〇       | 年                                         | 〇 | 月 | 性別         | 男       | 女 |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所                                         | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>精華町〇〇〇〇〇〇〇〇 |          |                                           |   |   | 連絡先        | 〇〇-〇〇〇〇 |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設<br>の所在地及び名称                         | この欄は記入不要です                |          |                                           |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所年月日                                      |                           |          |                                           |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 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    | 年                                         | 月 | 日 |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 住所                        | 連絡先      |                                           |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                            | 本年1月1日現在の<br>住所(現住所と異)    |          |                                           |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 課税状況                                       | 市町村民税                     | 課税       | 非課税                                       |   |   |            |         |   |   |   |   |   |   |   |   |

裏面に続きます↓↓

## 対象者となられる方

- ・世帯全員が市町村民税非課税の方(市町村民税世帯非課税者)
- ・生活保護を受けておられる方
- ・世帯分離している場合でも、配偶者が市町村民税課税の方は対象になりません。
- ・預貯金が、単身又は、夫婦の各段階ごとに設けられている金額を超える場合は対象になりません。

同封の「同意書」も必要になりますので、あわせてご提出ください。

※記入内容や添付書類に漏れがあると審査ができない場合がありますのでご注意ください

① 被保険者の方の氏名と住所、生年月日、被保険者番号、連絡先をご記入ください。

## 〇配偶者に関する事項

② 配偶者がいる場合は、「有」に○をつけ、配偶者の氏名、生年月日、配偶者の市町村民税の課税状況等を記入してください。配偶者が精華町の住民でない場合は、課税状況が確認できないため、非課税証明書の添付が必要です。

配偶者がいない場合は、「無」に○をつけてください。その場合、配偶者に関する事項の記入は不要です。

(配偶者の有無は、決定に必要な情報ですので必ず記入してください。)

### ・配偶者に含まれるもの

- 婚姻届を提出していない事実婚の場合
- 長期の別居や事実上離婚状態にある場合

### ・配偶者に含まれないもの

- DV防止法における配偶者からの暴力があった場合
- 行方不明の場合

※ 被保険者が市町村民税非課税世帯に属している場合でも、配偶者が課税されている場合は、負担限度額の適用を受けることができません。

