様式第31号(第33条関係)

介護保険負担限度額認定（新規・更新）申請書

申請日　　　年　　月　　日

フリガナ		性別	被保険者番号	
被保険者氏名		男・女	個人番号	
			生年月日	大・昭　　年　　月　　日
住所	電話番号			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	電話番号			
入所(院)年月日(※)	平・令　　年　　月　　日　/　ショートステイ　　(※)介護保険施設を利用していない場合は記入不要			

配偶者の有無		有　・　無	配偶者の個人番号	
配偶者に関する事項	フリガナ		課税状況	市区町村民税　　課税　・　非課税
	氏名		生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日
	住所	電話番号		
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）			

収入等に関する申告		
	☐	①生活保護受給者、または住民税非課税世帯に属する老齢福祉年金受給者
	☐	②住民税非課税世帯で、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下
	☐	③住民税非課税世帯で、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円超120万円以下
	☐	④住民税非課税世帯で、年金収入額と合計所得金額の合計額が年額120万円を超える
受給中の公的年金（受給に〇）	種別	老齢年金　・　その他の課税年金（　　　　　　）
		障害年金　・　遺族年金　・　寡婦年金　・　その他の非課税年金（　　　　　　）
	保険者	日本年金機構（国民年金・厚生年金）・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済・その他（　　　　）

預貯金等に関する申告					
	☐	預貯金、有価証券の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③の方は550万円（同1550万円）、④の方は500万円（同1500万円）以下　※第2号被保険者の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下			
		被保険者		配偶者	
	預貯金額（普通・定期）	金融機関及び支店名	預貯金額	金融機関及び支店名	預貯金額
			円		円
			円		円
			円		円
			円		円
	有価証券等（株券・国債等）	種類	評価概算額	種類	評価概算額
			円		円
	その他（現金・負債を含む）	種類	金額	種類	金額
			円		円
			円		円
	合計額		円		円

※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。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

小美玉市記入欄

生活保護	有・無	老齢福祉年金	有・無	給付額減額	有・無	判定結果	承認　・　非承認
課税状況	本人（課税・非課税）・配偶者（課税・非課税）・配偶者無					負担段階	第　　段階
	同一世帯員（課税・非課税）・同一世帯員無					適用年月日	年　月　日
資産状況	基準内　・　基準超					交付年月日	年　月　日
年金収入	課税年金　　円・　非課税年金　　円					判定者	
年金収入額+合計所得金額			円				