

事 務 連 絡  
平成26年5月20日

介護保険指定事業者 各位

高齢福祉課長

介護保険負担限度額認定申請の勧奨について（お願い）

平素より、市介護保険事務の取り扱いにつきご協力をいただきありがとうございます。

さて、施設入所者または短期入所（ショートステイ）利用者の方で現在介護保険負担限度額認定を受けてみえる方に下記のとおり平成26年度の認定更新の案内をお送りいたします。

つきましては、誠にお手数ですが、認定申請の勧奨等ご協力いただけますようお願いいたします。

記

1. 更新にかかる日程  
6月 1日 市広報紙掲載  
3日 更新案内発送  
20日 申請締切り  
6月末～ 決定通知・認定証発送
2. 案内文書 別紙のとおり
3. その他  
・申請方法は市役所高齢福祉課・各サービスセンターに提出または郵送です。  
・制度改正等により、今回の認定より期間終了日が7月31日となります。  
・6月より負担限度額認定を受けられる方は平成25年度分と平成26年度分の2通の申請が必要になります。

※ご不明な点につきましては、下記までお問い合わせください。

高齢福祉課 介護保険係  
担当 今尾 内線 2557

平成 年 月 日

000-0000

各務原市

様方  
様

各務原市高齢福祉課長

介護保険負担限度額認定申請について（お願い）

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は本市の高齢福祉行政に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて表記の軽減措置の認定期間が6月30日をもって満了します。

つきましては、7月以降も引き続きご利用される場合は、申請が必要となりますので別紙申請書に必要事項をご記入のうえ提出いただきますようお願いいたします。

（※前年度認定者に案内状を送付していますので、現在施設サービス（短期入所含む）を利用されていない方は、この限りではありません。）

※申請期限：平成 年 月 日（ ）

（※注意）

①所得制限がありますので認定の可否は、世帯の課税状況で判定します。

②申請はあくまで本人申請が原則ですので、代理で代筆される場合でも本人の確認を得て本人名で申請して下さい。

また、個人情報につき取り扱いには十分注意していただきますよう重ねてお願いいたします。

（提出先・問い合わせ）

〒504-8555

各務原市那加桜町1-69

各務原市高齢福祉課 介護保険係

電話番号 058-383-1778

## 介護保険 負担限度額認定申請書

|  |   |   |   |    |    |     |   |   |
|--|---|---|---|----|----|-----|---|---|
| 加付<br>被保険者氏名   | 保険者番号   |   | 2 | 1  | 2  | 1   | 3 | 4 |
|  | 被保険者番号  |   |   |    |    |     |   |   |
| 生年月日   | 明・大・昭   | 年 | 月 | 日生 | 性別 | 男・女 |   |   |
| 住所   | 各務原市<br><br>電話番号  |   |   |    |    |     |   |   |
| 介護保険施設の所在地及び名称<br>(※)  | 電話番号  |   |   |    |    |     |   |   |
| 入所(院)年月日(※)  | 平成  |   |   |    |    |     |   |   |
| 負担限度額<br>申請事由  | 1 市町村民税世帯非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下のもの<br>2 市町村民税世帯非課税であって、1に該当する以外のもの<br>3 その他 ( ) |   |   |    |    |     |   |   |
| あて先 各務原市長<br>上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請します。<br>この申請に必要な場合は、私の所得状況及び市町村民税の課税状況並びに私の属する世帯の世帯主及び世帯員の市町村民税の課税者の有無、その他各務原市長が必要と認める事項に関して税務部局へ報告を求めることに同意します。<br><br>平成 |   |   |   |    |    |     |   |   |
| 申請者 住所<br>(被保険者本人)<br>氏名   |   |   |   |    |    |     |   |   |
| 電話番号   |   |   |   |    |    |     |   |   |

(※) 介護保険施設に入所(院)しない場合(短期入所等)は、記入していただく必要はございません。  
 (各務原市 記入欄)

|     |  |       |      |       |
|-----|--|-------|------|-------|
| 確認欄 | <input type="checkbox"/> 世帯非課税<br>( <input type="checkbox"/> 80万円を超える <input type="checkbox"/> 80万円以下 )<br><input type="checkbox"/> 世帯課税<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 備考    |      |       |
| 受付力 | 適否   | 交付年月日 | 有効期限 | 認定証交付 |
|     | <input type="checkbox"/> 該当<br><input type="checkbox"/> 非該当  | 平成    | 平成   |       |

＜ 記載例 ＞

第14号様式（第22条、第23条関係）

介護保険 負担限度額認定申請書

|  |   |        |          |   |   |   |   |   |
|--|---|--------|----------|---|---|---|---|---|
| フリガナ   | かみ たろう  | 保険者番号  |          | 1 | 2 | 1 | 3 | 4 |
| 被保険者氏名   | 各務 太郎   | 被保険者番号 |          |   |   |   |   |   |
| 生年月日   | 明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日生  | 性別     | 男・女      |   |   |   |   |   |
| 住所   | 各務原市<br>那珂町1-69   | 電話番号   |          |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設の所在地及び名称<br>(※)  | 各務原市〇〇町1-100<br>特別養護老人ホーム 〇〇苑   | 電話番号   | 〇〇〇-〇〇〇〇 |   |   |   |   |   |
| 入所(院)年月日(※)  | 平成 年 月 日  |        |          |   |   |   |   |   |
| 負担限度額<br>申請事由  | 1 市町村民税世帯非課税であって、合計所得金額と課税年金収入額の合計が年額80万円以下のもの<br>2 市町村民税世帯非課税であって、1に該当する以外のもの<br>3 その他 ( ) |        |          |   |   |   |   |   |
| あて先 各務原市長<br><br>上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請します。<br>この申請に必要な場合は、私の所得状況及び市町村民税の課税状況並びに私の属する世帯の世帯主及び世帯員の市町村民税の課税者の有無、その他各務原市長が必要と認める事項に関して税務部局へ報告を求めることに同意します。<br><br>平成 年 月 日<br><br>申請者 住所 押印をお願いします。<br>(被保険者本人) 氏名 各務 太郎 印<br>代筆 〇〇 〇〇 (子) 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇<br>・本人が書けない場合は、代筆者の氏名・続柄も併せて記入してください。 |   |        |          |   |   |   |   |   |

被保険者番号を記入してください。

(※) 介護保険施設に入所(院)しない場合(短期入所等)は、記入していただくことなく結構です。

(※) 介護保険施設に入所(院)しない場合(短期入所等)は、記入していただくことなく結構です。

(各務原市 記入欄)

|     |  |           |                          |           |
|-----|--|-----------|--------------------------|-----------|
| 確認欄 | <input type="checkbox"/> 世帯非課税<br>( <input type="checkbox"/> 80万円を超える <input type="checkbox"/> 80万円以下 )<br><input type="checkbox"/> 世帯課税<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 備考        |                          |           |
| 受付  | 力 適 否  | 交 付 年 月 日 | 有 効 期 限                  | 認 定 証 交 付 |
|     | <input type="checkbox"/> 該 当<br><input type="checkbox"/> 非 該 当   | 平成 年 月 日  | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで |           |