

介護保険負担限度額認定申請書

小林市長 様 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											
住所		〒 連絡先											
入所（院）した 介護保険施設 の所在地及び 名称（※）		〒 連絡先											
入所（院） 年月日（※）		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は不要です。									
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。									
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		個人番号									
	住所	連絡先											
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と 異なる場合）												
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											
収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。											
	☐	③市民税世帯非課税であって、 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80万9千円以下です。 (受給している年金に○をしてください。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。											
	☐	④市民税世帯非課税であって、 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80万9千円を超え、120万円以下です。											
	☐	⑤市民税世帯非課税であって、 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120万円を超えます。											
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）③の方650万円（同1650万円） ④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万)以下です。											
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()※ 円							

※内容を記入してください

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。

申請者氏名		連絡先(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所		本人との関係

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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。
- (4) 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。