

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

小林市長 様

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		年 月 日		性別		男 ・ 女															
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		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		<input type="checkbox"/> 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。																			
		<input type="checkbox"/> 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、 <u>年額80万円以下</u> です。(受給している年金に○をしてください。)																			
		<input type="checkbox"/> 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、 <u>年額80万円を超え、120万円以下</u> です。(受給している年金に○をしてください。)																			
		<input type="checkbox"/> 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、 <u>年額120万円を超えます</u> 。(受給している年金に○をしてください。)																			
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添		<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(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。