

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先) 氷 見 市 長 あて
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	
	性別 男 ・ 女	
生年月日	明 ・ 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	(※) 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	明 ・ 大 ・ 昭 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)		
	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市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、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が年額82.65万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。			
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、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が年額82.65万円を超え、120万円以下です。			
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり			
	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)

※内容を記入してください

申請者氏名		連絡先	
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所有している場合は、そのすべてを記入し、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。