

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 宛

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	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																
	<input type="checkbox"/>	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80万円以下です。 ※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。																
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。																
	<input type="checkbox"/>	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	<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)	()※	円											

※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

- 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。
- 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。
- 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。