

介護保険負担限度額認定申請書

狛江市長あて

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。
 なお、負担限度額の算定にあたり、公簿等により世帯の所得状況等の確認を受けることに同意します。

申請者	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	〒		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(※)	大・昭・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「配偶者について」は記載不要です。)				
配偶者について	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号		
	住 所	〒		電話番号 ()				
	本年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ						
	課税状況	市区町村民税		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/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者							
	<input type="checkbox"/> ②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額が年額80万円以下です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。							
	<input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。							
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。							
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方は650万円（同1650万円）、③の方は550万円（同1550万円）、④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、①～④の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。							
	預貯金額	(ア)		有価証券(評価概算額)	(イ)		その他(現金・負債を含む)	(ウ)
		円			円			円
連絡先氏名(本人以外の場合)		(続柄)			電話番号		()	

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。

注意：裏面に続きますので、裏面も必ずご記入ください。