

介護保険負担限度額認定申請書

中央市長様

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食事・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	⑤		個人番号																
生年月日	明・大・昭	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(※)	昭・平	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・平	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"/>	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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に〇してください) 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。														受給している全ての年金の保険者に〇してください		
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超えます。														日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
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1000万円(夫婦は2000万円)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。