

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

綴喜郡井手町長 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	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女									
住 所	〒 京都府綴喜郡井手町大字 小字 <div style="text-align: right;">連絡先</div>														
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	<div style="text-align: right;">連絡先</div>														
入所(院)年月日 (※)	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	個人番号										
	住 所	<div style="text-align: right;">連絡先</div>														
	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老齢福祉年金受給者												
	<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、及びその他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。)※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"/>	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、及びその他の合計所得金額の合計額が年額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、及びその他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます												
預貯金等に関する申告	<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

- (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。