

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

養父市長 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		
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 （※）	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		配偶者の有無が「無」の場合、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	〒	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82万 6,500円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※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。											
	☐	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額が年 額82万6,500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】収入額、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 ※通帳等の写しは 別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万 円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤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、③～⑤の方は1000万円（夫婦は 2000万円）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						

申請者が被保険者本人の場合、下記について記載は不要です。

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下さい。
- (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下さい。
- (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。