

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

森町長 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			保険者番号	013458	
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日				
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 （※）	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	〒 - 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	☐ 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【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80.9万円以下です。（受給している年金に〇してください。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】収入額、その他の合計所得金額の 合計額が年額80.9万円を超え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	☐ 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)

※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。