

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先） 忍野村長 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	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（※）	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、記入は不要です。													

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	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"/>	①生活保護受給者／②市町村民税非課税世帯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、その他合計所得金額が年間80万円以下です。（受給している年金に○をつけてください。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。													
	<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、その他合計所得金額が年額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、その他合計所得金額が年額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	<input type="checkbox"/>	②に該当預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。													
	<input type="checkbox"/>	③に該当預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。													
	<input type="checkbox"/>	④に該当預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。													
	<input type="checkbox"/>	⑤に該当預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）以下です。													
	※第2被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。														
	預金金額	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。