

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
忍野村長

令和 年 月 日

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 | 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 （※） | 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 | 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 | <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、その他合計所得金額が 年間80.9万円以下で受給している年金に○をつけてください。以下同 ※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80.9万円を超え、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ※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。