

介護保険負担限度額認定申請書

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		性別	男・女																
住所	〒 連絡先																		
入所（院）した介護保健施設の所在及び名称※	〒 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、記入不要です。																
配偶者に関する事項	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	個人番号													
	住所	〒 連絡先																	
	1月1日現在の住所	※現住所と異なる場合のみ記入																	
	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80万円以下です。 (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。																
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税であって、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80万円を超え、120万以下です。																
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税であって、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120万を超えます。																
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>	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は、下記についての記入は不要です。

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うえ添付してください。
- 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。