

介護保険負担限度額認定申請書

八百津町長 宛 申請日： 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	※ (自署でない場合は、記名押印してください。)			個人番号									
生年月日	大・昭	年	月	日生	性別	男・女							
住 所	〒 -			電話番号 () -									
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		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				生年月日	大・昭・平						
	氏 名				年 月 日生							
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 -										
	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"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			年額 80 万円以下		預貯金等の基準額	単身 1,000 万円 (夫婦 2,000 万円) 以下
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税	課税年金収入額 + その他の合計所得金額 + 非課税年金収入額 【遺族年金※・障害年金】 合計額		年額 80 万円超 120 万円以下	単身 650 万円 (夫婦 1,650 万円) 以下		
	<input type="checkbox"/>		(受給している年金に ○してください) ※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。			年額 120 万円超		単身 550 万円 (夫婦 1,550 万円) 以下
	<input type="checkbox"/>					単身 500 万円 (夫婦 1,500 万円) 以下		
預貯金額等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					65歳未満の人 単身 1,000 万円 (夫婦は 2,000 万円) 以下	
	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		

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所有している場合は、その全てを記入してください。
- (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。