

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

小国町長 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			被 保 険 者 番 号																	
被保険者氏名	(※) 氏名を自署してください。 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		個 人 番 号																	
			性 別		男 ・ 女															
			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	☐	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										預 貯 金 等 の 基 準 額	1,000万円（夫婦は 2,000万円）以下		
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。) ※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。以下同じ。											650万円（夫婦は 1,650万円）以下		
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、 120万円以下です（受給している年金に〇して下さい）											550万円（夫婦は 1,550万円）以下		
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい。)											500万円（夫婦は 1,500万円）以下		
※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、預貯金等の基準額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。															
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
	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)	() ※ ※内容を記載して下さい。		円					

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。