

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

記入の仕方

小

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																	
	(*) 氏名を自署してください。 本人が手書きしないう場合は、記名押印してください。		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)	課税状況がわからない場合は、そのまま提出してください。																			
	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高齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 650万円（夫婦は1,650万円）以下 550万円（夫婦は1,550万円）以下 500万円（夫婦は1,500万円）以下
	<input type="checkbox"/>	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OL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。	
	<input type="checkbox"/>	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120万円以下です(受給している年金にOLして下さい。)	
	<input type="checkbox"/>	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120万円以下です(受給している年金にOLして下さい。)	
※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）は、2,000万円以下です。		受給している全ての年金の保険者にOLして下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計額が年額以下です。 ※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) () ※ 円 ※内容を記載して下さい。

申請者	ご利用者及び配偶者がお持ちの通帳のすべての合計額を記入してください。 通帳の写し(表紙と残高がわかるもの)を添付してください。	申請者が被保険者本人の場合、ご利用者及び配偶者が所有する現金の合計を記入してください。また、負債(借入金、住宅ローン等)があれば、その借入書の写しを添付してください。
-----	--	---

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。