

## 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	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	<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																		1,000万円（夫婦は2,000万円）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80万9千円以下です。 （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。																		預貯金等の基準額	650万円（夫婦は1,650万円）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80万9千円を超え、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
	<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	<input type="checkbox"/>	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）	（ ）※ 円													※内容を記載して下さい。

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。