

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

有田町長 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 被保険者氏名	被保険者番号														
	個人番号														
	生年月日		年 月 日												
住所	電話番号 一 一														
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	電話番号 一 一														
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	配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」 について記載不要です。													
配偶者 に関する 事項	フリガナ														
	氏名														
	生年月日			個人番号											
	住所	電話番号 一 一													
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	電話番号 一 一													
課税状況	市町村民税 非課税 ・ 課税														
収入等に 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者であって、 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80.9万円以下です。 <small>(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。以下同じ。</small>													
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 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80.9万円を超え、120万円以下です。													
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 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120万円を超えます。													
	預貯金等に 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1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 <small>※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。</small>												
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。							
結果の送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入所（院）した介護保険施設			<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー ()			<input type="checkbox"/> 指定住所（郵便番号・住所・宛名を記載）								

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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、その全てを記入し、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。