

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

松崎町長 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	印		個人番号																
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女															
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	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"/>		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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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"/>		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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、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】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。																
預貯金等に関する申告※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1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下の場合、③～⑤)の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。																
	預貯金額	円	有価証券	円	その他	()※	円	(現金・負債を含む) ※内容を記入してください											

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

- (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、そのすべ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)虚偽の申請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。