

# 介護保険負担限度額認定申請書

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											
被保険者氏名	印										
	被保険者番号										
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)	連絡先									
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										
	<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。 <small>〈受給している年金に〇して下さい〉</small> <small>※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"/> 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80万円を超えます。 <small>〈受給している年金に〇して下さい〉</small>										
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が1000万円(夫婦は2000万円)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。