

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

美里町長 相 澤 清 一 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											
生 年 月 日		*性*		*別*									
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、記載不要です。									
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 連 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		☐ ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者 ☐ 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80万円以下です。 （受給している年金に〇して下さい。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。 ☐ 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80万円を超え、 120万円以下です。 ☐ 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 関 する 申 告 ※通帳等の写しは 別 添		☐ 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 (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、支給された額及び加算金を返還していただくことがあります。