

介護保険 負担限度額認定申請書

(申請先)
河内町長 様

令和 年 月 日

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		0	0	0	0	0	0	0	0					
被保険者氏名		個人番号														
生年月日		昭和 年 月 日		性別		女										
住所		300- 河内町 番地		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（※）		（※）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	☐	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										受給している 全ての年金の 保険者に○を して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	☐	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○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
- （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、そのすべてを記入し、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。