

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

須崎市長 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			保険者番号	3 9 2 0 6 8						
氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女						
住所	〒		電話番号 () -							
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒		電話番号 () -							
入所(院)年月日 (※)	年 月 日		(※)介護施設に入所(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	電話番号 () -								
	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"/> 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。(受給している年金に○して下さい) <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。(受給している年金に○して下さい)									
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金等、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、下記については記載不要です

申請者氏名			電話番号		
申請者住所			本人との関係		

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。