

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                               |                            | 〒<br>電話番号（ ） —                                                                                                                                                                         |  |                                                |  |                 |  |   |  |                   |  |            |  |  |  |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※）                 |                            | 〒<br>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"/> 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、<br>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 80.9 万円以下です。<br>(受給している年金に〇して下さい)<br>※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、<br>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 80.9 万円を超え、120 万円以下です。(受給している年金に〇して下さい)                                                             |  |                                                |  |                 |  |   |  |                   |  |            |  |  |  |
|                                   |                            | <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、<br>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 120 万円を超えます。(受給している年金に〇して下さい)                                                                       |  |                                                |  |                 |  |   |  |                   |  |            |  |  |  |
| 預 貯 金 等 に 関 す る 申 告<br>※通帳等の写しは別添 |                            | 受給している全ての年金の保険者に〇してください<br><br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済                                                                                                                    |  |                                                |  |                 |  |   |  |                   |  |            |  |  |  |
|                                   |                            | □預貯金等、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。<br>※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<br>(評価概算額) |  | 円 |  | その他<br>(現金・負債を含む) |  | ( ) ※<br>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。