

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		☐ 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				
		☐ ③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 82.65 万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※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 82.65 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)				
		☐ ⑤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 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 ※通帳等の写しは別添		☐ 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。 ※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)

※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。