

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

多古町長 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 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※） | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 配偶者の有無が「無」の場合、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 | 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） | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 課税状況 | 市町村民税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---|-----------------------|-----------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、 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82.65万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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82.65万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、 ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、 ⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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、以下の記載は不要です。

| | |
|------------|-------------|
| 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

- 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、その全てを記入し、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。