

介護保険負担限度額認定申請書

赤字→必須
緑字→該当すれば記入

(申請先)

新地町長

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 | シンチ タロウ | 被保険者番号 | 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 |
| 被保険者氏名 | 新地 太郎 | 個人番号 | |
| 生年月日 | 明・大・ 昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 新地町〇〇字××60 | 連絡先 0244-××-×××× | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 新地町〇〇字××60 〇〇ホーム | 連絡先 0244-××-×××× | |
| 入所(院)年月日(※) | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | (※)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 | シンチ ハナコ | | |
| | 氏名 | 新地 花子 | | |
| | 生年月日 | 明・大・ 昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 個人番号 | |
| | 住所 | 新地町××字〇〇70 | 連絡先 0244-〇〇-×××× | |
| | 本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合) | 新地町△△字××80 | | |
| 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、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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。 <small>(受給している年金に〇して下さい。以下同 ※ 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 checked="" 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 】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。 | | | |
| | <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】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 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 | 1,000,000円 | 有価証券(評価概算額) | 1,000,000円 | その他(現金・負債を含む) |

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 | 新地 花子 | 連絡先(自宅・勤務先) | 0244-〇〇-×××× |
| 申請者住所 | 新地町××字〇〇70 | 本人との関係 | 妻 |

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。