

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 坂東市長 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			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
			生年月日	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 (※)	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		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」については記入不要です。					
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、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80.9万円以下です。(受給している年金に○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80.9万円を超え、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、以下について記載は不要です。

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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。