

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

長井市長 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	062091									
被保険者氏名			被保険者番号										
			個人番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日												
住 所	〒 連絡先												
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒 連絡先												
入所(院)年月日 (※)	令・平 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		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	明・大・昭 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高齢福祉年金受給者											
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の (受給している年金に〇して下さい) 合計額が年額82.65万円以下です。 ※ 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【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の (受給している年金に〇して下さい) 合計額が年額82.65万円を超え120万円以下です。											
	☐	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 (受給している年金に〇して下さい) 合計額が年額120万円を超えます。											
預貯金等に関する申告	☐	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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり											
		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は、下記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

送付先 (☐入所施設 ☐被保険者 ☐申請者)

- 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。
 - (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。