

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【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80.9万円以下です。（受給している年金に○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【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80.9万円を超え120万円以下です。（受給している年金に○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【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。（受給している年金に○して下さい）										
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。