

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

平成〇〇年〇〇月

〇〇日

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	カイゴ タロウ 介護 太郎 印	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加賀郡吉備中央町〇〇〇番地〇〇	性別	男
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加賀郡吉備中央町〇〇〇番地〇〇	連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加賀郡吉備中央町〇〇〇番地〇〇	連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
入所（院）年月日（※）	平成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	カイゴ ハナコ		
	氏 名	介護 花子		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	
	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加賀郡吉備中央町〇〇〇番地〇〇	連絡先	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加賀郡吉備中央町〇〇〇番地〇〇		
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"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者			
	<input checked="" type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい) ※ 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。			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に〇して下さい)			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、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	通帳の合計額 円	有価証券 (評価概算額)	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	介護 花子	連絡先（自宅・勤務先）	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
申請者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加賀郡吉備中央町〇〇〇番地〇〇	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所有している場合は、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。