

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 磐田市長

令和 年 月 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			被保険者番号												
被保険者氏名			個人番号												
			性別	男 ・ 女											
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(※)	昭・平・令 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	連絡先													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	連絡先													
課税状況	市民税 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市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者													
	<input type="checkbox"/>	③市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 <b>年額 80 万円以下</b> です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※ 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 <b>年額 80 万円を超え、120 万円以下</b> です。													
	<input type="checkbox"/>	⑤市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 <b>年額 120 万円を超え</b> 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。 ※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	

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

- 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、その全てを記入し、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。