

介護保険負担限度額認定申請書

岐南町長 宛

年 月 日

次の通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	性別	男 ・ 女									
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		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				生年月日	年					月					日				
	氏名				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高齢福祉年金受給者																
	<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80万円以下です。 <small>(受給している年金に0して下さい。以下同じ。)</small> ※ 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			※内容を記入して下さい。			

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	電話番号(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。
- 書ききれない場合は、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。