

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	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82万6,500円 以下です。 （受給している年金に〇して下さい。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。													
	☐	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82万6,500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】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	☐	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。 ※第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 ※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

- (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。
- (3) 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。
- (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。