介護保険負担限度額認定申請書

精華町長　　様　　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 被保険者氏名		保険者番号	2 6 3 6 6 5
		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日 生	性別	男　・　女
住所	〒 連絡先		
介護保険施設 の所在地及び名称	〒 連絡先		
入所年月日	年　　月　　日		

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	
	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)		
	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市町村民税非課税世帯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80万円以下です。（受給している年金に○してください。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。	受給している全ての年金の保険者に○してください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	□	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。	
	□	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1000万円(夫婦の場合は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)の方は1000万円(夫婦の場合は2000万円)以下です。	

預貯金額	円	有価証券 (概算評価額)	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には、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

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。