

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

香南市長 様

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	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日										
住所	連絡先									
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※1）	連絡先									
入所（院） 年月日（※1）	年	月	日	（※1）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（※2）	有 ・ 無		（※2）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（※2）	フリガナ									
	氏名									
	生年月日		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）									
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老齢福祉年金受給者								
	<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。（受給している年金に〇してください。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。								
	<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。								
	別 添	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	（ ）※3 円 ※3 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	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。
- 提出時には、申請者の本人確認ができる書類を持参してください。
- 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。