

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

長瀬町長 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			被保険者番号													
被保険者氏名			個人番号													
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性	別	男					女				
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 （※）	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・平	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	①	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	②	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○してください） <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。</small>										受給している全ての遺族・障害年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済		
	③	市町村民税世帯非課税者であって、 (1) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に○してください）												
	③	市町村民税世帯非課税者であって、 (2) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○してください）												
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。（※） ※預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり													
	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		

（※）預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり

- ①単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下 ②単身650万円、夫婦1,650万円以下
③(1)単身550万円、夫婦合計1,550万円以下 ③(2)単身500万円、夫婦合計1,500万円以下
* 第2号被保険者は、段階に関わらず単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載は不要です。

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、通帳等の写しを添付してください。
 (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。