

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

神奈川県足柄下郡真鶴町長 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 被保険者氏名	被保険者番号									
	個人番号									
	生 年 月 日									
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	配偶者の有無が「無」の場合、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	年	月	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）	〒 電話番号									
課税状況	市町民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①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 80.9 万円以下です。 ※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 80.9 万円を超え、年額 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 1,000 万円（夫婦は2000万円）、 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・負を含む)	円	() ※ 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、下記の記載は不要です。

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

- 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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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。