

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

新地町長

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。

[illegible]

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							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生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者											
	☐ 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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。以下同) ※ 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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、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】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	☐ 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。											
	<table border="1"> <tr> <td>預貯金額</td> <td>円</td> <td>有価証券 (評価概算額)</td> <td>円</td> <td>その他 (現金・負債を含む)</td> <td>()※ 円</td> </tr> <tr> <td colspan="6">※内容を記入して下さい</td> </tr> </table>	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				
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	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保有している場合は、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。