

介護保険負担限度額認定申請書

赤字→必須
緑字→該当すれば記入

(申請先)

新地町長

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	シンチ タロウ	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
被保険者氏名	新地 太郎	個人番号											
生年月日	明・大・ <u>昭</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	<u>男</u> ・ 女										
住所	新地町〇〇字××60 連絡先 0244-××-××××												
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	新地町〇〇字××60 〇〇ホーム 連絡先 0244-××-××××												
入所（院）年月日（※）	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	(※)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	<u>有</u> ・ 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	シンチ ハナコ											
	氏名	新地 花子											
	生年月日	明・大・ <u>昭</u> 〇〇年 〇〇月 〇〇日	個人番号										
	住所	新地町××字〇〇70 連絡先 0244-〇〇-××××											
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	新地町△△字××80											
課税状況	市町村民税 課税 ・ <u>非課税</u>												

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】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※・ <u>障害年金</u> 】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。											
	預貯金額	1,000,000円	有価証券 (評価概算額)	1,000,000円	その他 (現金・負債を含む)	(〇〇)※ 1,000,000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	新地 花子	連絡先（自宅・勤務先）	0244-〇〇-××××
申請者住所	新地町××字〇〇70	本人との関係	妻

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。