

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

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		保険者番号							
被保険者氏名	印	被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
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		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、記入不要です。						
配偶者に関する事項	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	年 月 日	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	市町村民税 課税 ・ 非課税							

収入等に関する申告	<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						受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 合計所得額と課税年金収入額と【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○をして下さい) ※ 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。						
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 合計所得額と課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 (受給している年金に○をして下さい)						
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等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 ※内容を記載して下さい	

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		電話番号
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。
- 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。