

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		被保険者番号																	
被保険者氏名		個人番号																	
		生 年 月 日		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		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	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)																		
	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】の収入額、その他の合計所 得金額の合計額が年額 80 万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※ 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】の収入額、その他の合計所 得金額の合計額が年額 80 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】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		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	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

- 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。