

介護保険 負担限度額認定申請書

年 月 日

高砂市長 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			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日					
住 所 (住民登録地)	〒		連絡先			()			
入所した 介護保険施設※	施設名			入所年月日	年		月	日	

※入所していない場合及びショートステイ利用の場合、記載不要です。

配偶者の有無	有 ・ 無 (※「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			生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏 名			個人番号				
	住 所	※被保険者の住所と異なる場合にのみ記載してください。			連絡先			()
	課税状況	市町村民税		課税	・	非課税		

本人の収入等 に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者 / ②市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者	受給している全ての非課税年金の保険者を○で囲んでください。 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"/>	③市町村民税非課税世帯に該当し、本人の課税年金収入額と非課税年金およびその他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下				
非課税年金※ の有無	<input type="checkbox"/>	④市町村民税非課税世帯に該当し、本人の課税年金収入額と非課税年金およびその他の合計所得金額の合計額が年額80万円超、120万円以下				
有 ・ 無	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税非課税世帯に該当し、本人の課税年金収入額と非課税年金およびその他の合計所得金額の合計額が年額120万円超				
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・負債等を含む)	()※

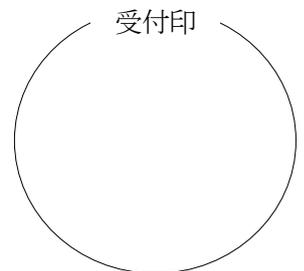
※遺族年金、障害年金、寡夫年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

申請者が被保険者本人の場合は下記の記載は不要です。

申請者氏名			本人との関係		
申請者住所	〒		連絡先 ()		

※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、本人名義の全ての通帳(2か月以内に記帳されたもの)の写し(「表紙」と「最終記帳から2ページ分」)を添付して下さい。配偶者がいる方は本人と配偶者の通帳の写しの提出が必要です。
- 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、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。



→裏面も記入ください。

