

負担限度額認定申請書

申請日を記入

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。

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日			印字内容を確認の上 連絡先を記入				
住所	〒		連絡先				
入所（院）した施設 の名称（※）	入所（院）している場合は記入						
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				
	住所	配偶者がいる場合は記入					
	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※】の合計額が年額80.9万円以下です。 ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、（受給し） ☐ 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※】の合計額が年額80.9万円を超え、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。						
	遺族年金か障害年金を受給して いる場合は○						
	該当する箇所に レ点						
	☐ ⑥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※】の合計額が年額120万円を超え、150万円以下です。 ※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⑥の方は1000万円（夫婦は2000万円）、⑦の方は650万円（同1650万円）、⑧の方は550万円（同1550万円）、⑨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 （評価額算出額）	円	その他 （現金・負債 を含む）	円	※

※内容を記入してください
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」とは、事実婚を結んでいる配偶者を指します。
- 預貯金等に
書き切れない場合は、別紙「預貯金等に関する明細」の上添付し、合計額を記入してください。
- 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。