

負担限度額認定申請書

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																	
住所		〒 連絡先															
入所（院）した施設及び 介護の名称（※）		〒 連絡先															
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。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。											
配偶者の有無		有 ・ 無															
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	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。 (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80.9万円を超え、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。															
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)	

※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」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。