

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

下仁田町長 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	0 0 0 0 0		
被保険者氏名			個人番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
住所	連絡先					
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先					
入所(院)年月日(※)	平・令	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	明・大・昭・平	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	<input type="checkbox"/>	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				
	<input type="checkbox"/>	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】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。 ※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。				
	<input type="checkbox"/>	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】収入額、その他の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	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】収入額、合計額が年額120万円を超えます。				
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金額、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）以下、③の方は650万円（同1650万円）以下、④の方は550万円（同1550万円）以下、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**

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。