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
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	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	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	□	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】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。 ※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】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】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	□	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。