

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 中津川市長 様

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			被 保 険 者 番 号																
被保険者氏名			個 人 番 号																
生年月日	年 月 日		性別		男 ・ 女														
住 所	〒		電話番号																
入所（院）した介護 保険施設の所在地 及び名称（※）	〒		電話番号																
入所（院）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								個 人 番 号										
	住 所	〒 電話番号																	
	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																	

収入及び預貯金等に関する申告	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	☐	市町村民税世帯非課税者であって年金収入等が80.9万円以下で、 預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって年金収入等が80.9万円超120万円以下で、 預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。				
	☐	市町村民税世帯非課税者であって年金収入等が120万円超で、 預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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。）	（ ）※ 円 ※内容を記入してください

※第2号被保険者の人は、段階にかかわらず預貯金等の要件が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下となります。

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) 年金収入等とは課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む）・障害年金】収入額の合計額です。
- (3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 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。