

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

睦沢町長 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。

		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請									
フリガナ		被保険者番号									
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（※）	（※）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 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"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者										受給しているすべ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
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい。） ※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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金 ・ 障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。（受給している年金に○して下さい。）										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり										
	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

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。
- 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。