

介護保険 負担限度額認定申請書

睦沢町長

様

記載例

令和 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。

		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		押印		被保険者番号									
被保険者氏名				個人番号									
生年月日				性別		男 ・ 女							
住所	連絡先 本人の住所を確認 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇												
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先 入所している施設の名称及び住所を確認 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇												
入所(院)年月日(※)	平成〇〇年〇〇月〇〇日 (※)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	フリガナを記入															
	氏名	配偶者の氏名を記入															
	生年月日	明・大・昭		平	年	月	日	個人番号									
	住所	配偶者の住所を記入 連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇															
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	現在の住所と平成31年1月1日時点での住所が異なる場合のみ記入															
課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税															

収入等に関する申告	☐	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、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。										
	☐	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、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										
預貯金等に関する申告	預貯金額		〇〇万 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	ご本人からの申請であれば記載不要。 ご家族からであれば全て記入して下さい。	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。