

1

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

府 中 町 長

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	明・大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女														
住 所	〒																	
	連絡先																	
入所(院)した介護 保険施設の住所地 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 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）	〒																	
	連絡先																	
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																	

収 入 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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万9千円以下 です。（受給している年金に○をして下さい。以下同じ。） ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万9千円を超え、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】の収入額、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、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）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、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・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、余白に記載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。