

## 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

糸 満 市 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		保険者番号						4	7	2	1	0	0
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日	明・大・昭 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 （※）	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	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老齢福祉年金受給者										
	<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。										受給している全ての 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（携帯・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。
- 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。