

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

田尻町長 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。

フリガナ		被保険者番号																		
被保険者氏名		個人番号																		
		性別	男 ・ 女																	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																			
住所	.....																			
	連絡先																			
入所した介護保険施設の所在地及び名称(※)	.....																			
	連絡先																			
入所年月日(※)	昭 ・ 平 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	.....																			
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	.....																			
	課税状況																				

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者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の合計額が年額 80 万円以下です。																		
	<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の合計額が年額 80 万円を超えます。																		
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(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、以下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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 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。
- (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。