

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 焼 津 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			被保険者番号																	
被 保 険 者 氏 名			個人番号																	
			生年月日	年 月 日																
住 所																				
入院(所)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(※)	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	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)	電話番号																				
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市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者																	
	☐	③市町村民税非課税者であって、課税年金収入と【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82.65万円以下です。 (受給している年金に○してください) ※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。																	
	☐	④市町村民税非課税者であって、課税年金収入と【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82.65万円を超え、120万円以下です。																	
	☐	⑤市町村民税非課税者であって、課税年金収入と【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1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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。													

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者 (窓口に来られた人)	氏 名	連絡先(自宅・勤務先・携帯)															
	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。