

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

月形町長 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	⑩	個人番号						
		性別		男 ・ 女				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭		年	月	日			
住 所								
	連絡先							
介護保険施設の所在地及び名称								
	連絡先							
入所(院)年月日	昭 ・ 平		年	月	日	※介護保険施設に入所(院)していない場合は記入不要です。		

配偶者の有無		有 ・ 無	「無」の場合「配偶者に関する事項」の記入は不要です。
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日	
	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）		
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高齢福祉年金受給者	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			
	<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。				
	<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額が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・負債等）	（ ）

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（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) 書ききれない場合は、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。