

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

御嵩町長 宛

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。

		個人番号																																
フリガナ 被保険者氏名															被保険者番号																		
																性別	男 ・ 女																	
生年月日	年 月 日																																	
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（※）	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		先において「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）	〒																													
	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																		
	<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金額が年額 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。

申請者氏名																連絡先（自宅・勤務先）									
申請者住所 〒																電話番号					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、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。