

介護保険 負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 酒々井町長

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。

		介護保険法施行規則第83条の5第 号に係る申請													
フリガナ															
被保険者氏名	被保険者番号														
	個人番号														
生年月日						性別									
住所	連絡先														
入所(院)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(※)	(※) 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														
	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"/> ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者										受給している全ての年金の保険者に○をして下さい 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"/> ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【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80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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"/> ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【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80万円を超え、120万円以下です。														
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【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 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)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(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。
- (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。