

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)
朝来市長 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 被保険者氏名			被保険者番号																
			個人番号																
			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				配偶者の有無が「無」の場合、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																	

収入等に関する申告	☐ 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																		
	☐ 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82.65万円を超え、120万円以下です。																		
	☐ 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	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、以下の記載は不要です。

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、その全てを記入し、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。