

負担限度額認定申請書

課長	補佐	係長	係

年 月 日

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			保険者番号											
被保険者氏名	印	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（※）	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		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老齢福祉年金受給者													
	<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。 <small>（受給している年金に○して下さい）</small> ※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。		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											
預貯金等に関する申告	<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。 <small>（受給している年金に○して下さい）</small>													
	<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			本人との関係									

注意事項

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

非該当	1段階	2段階	3段階
-----	-----	-----	-----