

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

小美玉市長 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	オミタマ タロウ	被保険者番号	0	1	0	0	1	2	3	4	5	6
	小美玉 太郎	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
		生年月日	年	月	日	年	月	日				
住所	小美玉市上玉里 1122	別紙「個人番号（マイナンバー）の取り扱いについて」を参照してください。										
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	小美玉市上玉里 1122 特別養護老人ホーム 小美玉	電話番号										
入所（院）年月日 （※）	令和 ○○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	<input checked="" type="radio"/> 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	オミタマ ハナコ												
	氏名	小美玉 花子												
	生年月日	年	月	日	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	住所	小美玉市上玉里 1122												
	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 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税	配偶者がいる場合は、被保険者と同一の住所であるかどうかにかかわらず、記入してください。また、内縁の夫・妻の場合も含まれます。												

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										
	<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 82.65 万円以下です。 （受給している年金に〇してください） ※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。										
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額が年額 82.65 万円を超え、 課税年金収入額が年額 120 万円を超えない方。 ご本人が障害年金や遺族年金などの非課税年金を受給している場合は、その受給額を加えて基準額を判断してください。										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税課税年金収入額が年額 120 万円を超えない方。										
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	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	800,000 円	有価証券 （評価概算額）	0 円	その他 （現金・負債を含む）	※ 現金 50,000 円 ※内容を記入してください。						

申請者氏名	小美玉 太郎	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。										
申請者住所	〒小美玉市上玉里 1122	預貯金・有価証券などは、金融機関名・支店・口座番号・名義のわかるページ、最終残高と直近 2 ヶ月分のページのコピーを添付してください。										

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、その全てを記入し、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。