

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

日之影町長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を申請します。

フリガナ				被保険者番号			
被保険者氏名				個人番号			
				性別	男 ・ 女		
生年月日	明・大・昭 年 月 日						
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（※）	平・令 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	明・大・昭 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非課税年金の収入額の合計額が <b>年額80万円以下</b> 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と非課税年金の収入額の合計額が <b>年額80万円を超え、120万円以下</b> 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と非課税年金の収入額の合計額が <b>年額120万円を超えます</b> 。						
非課税年金の有無	有 ・ 無			年金種別	遺族年金※ ・ 障害年金		※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。
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は以下のとおりです。 <input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおりに						
	預貯金額	円		有価証券	円		その他 ( ) ※ 円 <small>(現金・負債を含む)</small>

※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

- (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。