

介護保険 負担限度額認定申請書

岩内町長 様

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の申請をします。

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名	①	被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 _____ 電話番号 _____		
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	〒 _____ 電話番号 _____		
入所(入院)年月日(※)	年 月 日	(※)介護保険施設等に入所(入院)していない場合には、記入は不要です。	

配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	個人番号	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____		
	課税状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、(受給している年金にレ点を入れてください) 課税年金収入額と合計所得金額と[<input type="checkbox"/> 遺族年金※ <input type="checkbox"/> 障害年金]収入額の合計額が年額80万円以下です。 <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。</small>		受給している全ての年金の保険者にレ点を入れてください <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村民税非課税世帯であって、(受給している年金にレ点を入れてください) 課税年金収入額と合計所得金額と[<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金]収入額の合計額が年額80万円を超えます。		
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が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券に係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

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。

※裏面の同意欄のご記入及び捺印をお願いします。

