

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

加美町長 殿

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

フリガナ			被保険者番号											
被保険者氏名			個人番号											
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高齢福祉年金受給者かつ預貯金、有価証券等の合計額が、1,000万円（配偶者がいる場合は2,000万円以下）												
	<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80万円以下かつ預貯金、有価証券等の合計額が650万円（配偶者がいる場合は1,650万円）以下。 <small>（受給している年金に〇して下さい）</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。												
	<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80万円超120万円以下かつ預貯金、有価証券等の合計額が550万円（配偶者がいる場合は1,550万円）以下。 <small>（受給している年金に〇して下さい）</small>												
	<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120万円超かつ預貯金、有価証券等の合計額が500万円（配偶者がいる場合は1,500万円）以下。 <small>（受給している年金に〇して下さい）</small>												
預貯金等に関する申告	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	※内容を記入して下さい						

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・携帯など）
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、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。