

介護保険 負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

(あて先)酒々井町長

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	印	個人番号													
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女												
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(※)	(※) 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	☐	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														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
	☐	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。(受給している年金に○して下さい) ※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。														
	☐	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】の収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○して下さい)														
預貯金等に関する申告	☐	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

- (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。