

介護保険 負担限度額認定申請書

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	㊦	性別							
生年月日									
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(※)	(※) 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	年 月 日
	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者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の合計額が年額 80 万円以下です。			
	<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 1000 万円(夫婦は 2000 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

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。 ※内容を記入してください。

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。