

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

富里市長

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を申請します。

フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0							
被保険者氏名			個人番号	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
生年月日	年	月	日	性別	男・女									
住所	連絡先													
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 電話番号													
入居する居宅の種別	1 ユニット型個室 2 ユニット型個室の多床室				3 従来型個室 4 多床室									
入所（院）年月日（※）	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	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"/>	①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	<small>受給している全ての年金の保険者に○して下さい</small> <small>日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員 私学共済</small>				
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ) ※ 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"/>	③市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。					
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。					
	預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input type="checkbox"/>		預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、②の方は650万円（同1,650万円）、③の方は550万円（同1,550万円）、④の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※ 第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、①～④の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。			
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所有している場合は、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。