

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													
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					3 従 来 型 個 室									
	2 ユニット型個室的多床室					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	☐	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														
	☐	②市町村民税世帯非課税であって、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。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。												受給している全ての年金の保険者に○して下さい		
	☐	③市町村民税世帯非課税であって、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80万円を超え、120万円以下です。														
	☐	④市町村民税世帯非課税であって、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120万円を超えます。												日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員 私学共済		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	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。