

記載例

第28号様式 (第26条)

介護保険負担限度額認定申請書

令和3年〇月〇〇日

(申請先)

印西市長

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	インザイ タロウ	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
被保険者氏名	印西 太郎	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
生年月日	昭和5年11月1日	性別	男・女											
住所	印西市大森2364-2	連絡先	0476-42-5111											
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、「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	インザイ ハナコ													
	氏名	印西 花子													
	生年月日	昭和6年2月5日	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
	住所	印西市大森2364-2	連絡先	0476-42-5111											
	課税状況	市町村民税	課税	非課税											

該当する番号に○をつけてください。
※1、3、4番に該当しない方は、2番に基づく申請です。

配偶者の住所が印西市以外の場合は、非課税証明書の添付が必要です。

申請理由 ※該当番号に丸	1. 生活保護受給者 2. 市民税非課税世帯 3. 境界層該当 4. 特例減額措置													
収入等に関する申告 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者												
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○してください。以下同じ) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。												
	<input checked="" type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。 ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】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。 受給があるときは○をつけてください。												
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳未満)												
	預貯金額	510,213円	有価証券(評価概算額)	0円										その他(現金・負債を含む)

すべての通帳の残高の合計額を書いてください。

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。

※内容を記入して下さい

申請者氏名	印西 小太郎	連絡先(自宅・勤務先)	90-0000-0000										
申請者住所	印西市大森0000-0	との関係	子										

ご家族など本人以外の方が代わりに申請される場合、その方の名前を書いて下さい。

注意事項

- 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。
- 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。
- 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、支給された額に最大2倍の加算金を加えて返還していただくことがあります。

裏面も参照ください