

介護保険 負担限度額認定申請書

(申請先)
印西市長

令和 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																					
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								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										
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	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である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】の収入額、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"/> 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】の収入額、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。																					
	<input type="checkbox"/> 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】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②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、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歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。																					
	預貯金額						有価証券 (評価概算額)						その他 (現金・負債を含む)	() ※								
※内容を記入して下さい																						
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。