

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 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 被保険者氏名	インザイ タロウ	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	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5日											
住所	印西市大森2364-2										電話番号 42-5111			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	介護保険施設（特養・老健・介護医療院）に 入所した（している）場合のみ記入										電話番号			
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		配偶者の有無が「無」の場合、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	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											
	住所	印西市大森2	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。										電話番号 42-5111	
	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)	電話番号												
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税													

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／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82.65万円以下です。 (受給している年金に○してください) ※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82.65万円を超え、120万円以下です。												
	<input checked="" 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※】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。 <b>受給があるときは○をつけてください。</b>												
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<input checked="" type="checkbox"/>	③の方は650万円以下、④の方は500万円以下、⑤の方は1,000万円以下（夫は2,000万円）以下です。 <b>すべての通帳の残高の合計額を書いてください。 (配偶者がいる場合はその残高も含む)</b>												
	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)	( ) ※ 105,111 円								※内容を記入してください。

申請者氏名	印西 小太郎	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くだ さい。	連絡先（自宅・勤務先）	090-0000-0000	
申請者住所	〒270-1369 印西市大森0000-0		本人との関係	子	

## 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、余白に記入するか又は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。