

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

みなかみ町長 様

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	性 別 男 ・ 女
生 年 月 日 明・大・昭 年 月 日	個 人 番 号
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 （※）	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、記入不要です。
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高齢福祉年金受給者											
	□	②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〇して下さい。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。											
	□	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80万円を超え、120万円以下です。											
	□	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 ※通帳等の写しは添別	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④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、①～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。											
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">預貯金額</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 25%;">有価証券 (評価概算額)</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">その他 (現金・負債を含む)</td> <td style="width: 25%;">()※ 円</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">※内容を記入して下さい</td> </tr> </table>	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	※内容を記入して下さい				
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。