

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 標茶町長

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				被保険者番号											
被保険者氏名				個人番号											
生年月日	年	月	日												
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	<input type="checkbox"/>	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													
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の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） <small>※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。</small>													
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額80万円超～120万円以下です。 （受給している年金に○して下さい）													
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が年額120万円を超えます。 （受給している年金に○して下さい）													
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。（※） 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり													
	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									

（※）預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり ※内容を記入してください
 ①単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下 ②単身650万円、夫婦合計1,650万円以下
 ③(1)単身550万円、夫婦合計1,550万円以下、(2)単身500万円、夫婦合計1500万円以下
 ※第2号被保険者は、段階にかかわらず単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下

申請者が被保険者本人の場合には、住所・連絡先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。