介護保険負担限度額認定申請書

□新規　□更新　□転居　□紛失　□その他（　　）

杵藤地区広域市町村圏組合　管理者　あて

申請日　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。
なお、私の世帯及び収入・課税の状況並びに年金及び生活保護の受給状況の公簿による確認を承諾します。

フリガナ		保険者番号	4 1
被保険者氏名	（本人署名でないときは、記名・押印してください。） ㊞	被保険者番号	1 0 0
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
住　所	〒 電話番号		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 （□地域密着型介護老人施設入所の場合はチェック）　電話番号		
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		個人番号	
氏名		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
住所	〒 電話番号		
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒		
課税状況	市町民税　　課税　・　非課税		

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者／②市町民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している年金の保険者 □日本年金機構 □地方公務員共済 □国家公務員共済 □私学共済
	□	③市町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・受給なし】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。（いずれかに○をつけてください。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。	
	□	④市町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・受給なし】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。	
	□	⑤市町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・受給なし】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。	
預貯金等に関する事項 ※通帳等の写しは別添	□	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	円	有価証券（評価概算額）	円	その他（現金・負債を含む）	(　　)(※) 円

※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合は、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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。書き切れない場合は、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。

保険者記入欄（以下の欄は記入しないでください。）

添付書類　□同意書（押印の確認含む）　□添付書類（通帳の写し等）		
□　該当　　第　　段階　有効期間（令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日）　□　非該当		
生活保護　有・無	老福受給　有・無	世帯　課税・非課税
本人（㊞　　）　課税・非課税	配偶者　課税・非課税	資産　該当・非該当