

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

次の通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。

(申請先) 串間市長

フリガナ	被保険者番号																			
被保険者氏名											個人番号									
											性別		男 ・ 女							
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																			
住所	串間市										連絡先									
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	(入所・短期入所)※利用するサービスに○を付けてください。																			
											連絡先									
入所(院)年月日	平・令 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。									

配偶者に関する事項	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。																				
	フリガナ																								
	氏名																								
	生年月日	明	・	大	・	昭	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	市町税			課税			・	非課税																

収入・預貯金等に関する申告	☐ 生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	市民税世帯非課税であって、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と年金以外の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が <u>年額80万円以下</u> で、 ☐ 預貯金、有価証券等の金額が合計650万円（夫婦は1,650万円）以下です。 ※1 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。 ※2 預貯金、有価証券にかかる通帳の写しは別添のとおり。以下同じ。					
	市民税世帯非課税であって、（受給している年金に○してください） ☐ 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が <u>年額80万円を超え120万円以下</u> で、 預貯金、有価証券等の金額が合計550万円（夫婦は1,550万円）以下です。					
	☐ 市民税世帯非課税であって、（受給している年金に○してください） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が <u>年額120万円を超え</u> かつ、 預貯金、有価証券等の金額が合計500万円（夫婦で1,500万円）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には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	本人との関係

注意事項

- (1) この申請における「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も含みます。
- (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。

市記入欄							
決 裁		負担段階				交付年月日	
		(1段階 ・ 2段階 ・ 3段階① 3段階②・ 非該当)				令和 年 月 日	
		上記のとおり決定し通知してよろしいか				適用年月日	
		課長	補佐	係長	係	受付	令和 年 月 日
							有効期限
							令和 年 月 日