

介護保険負担限度額認定申請書<<記載例>>

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	クシマ タロウ	被保険者番号					1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	串間 太郎	個人番号	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
		性別	(男) ・ 女									
生年月日	明 ・ 大 ・ (昭) ●●年 ●●月 ●●日											
住所	串間市大字●●番地●							連絡先 ●●-●●●●●				
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称	●●●施設 (入所・短期入所) ※利用するサービスに○を付けてください。											
	串間市大字●●番地●							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	クシマ ハナコ										
	氏名	串間 花子										
	生年月日	明 ・ 大 ・ (昭) ●年 ●月 ●日	個人番号	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	住所	串間市大字●●番地●							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】収入額の合計額が年額80万円以下で、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】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下で、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】収入額の合計額が年額120万円を超え、かつ、預貯金、有価証券等の金額が合計500万円(夫婦は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	串間 次郎	連絡先	●●-●●●●●
申請者住所	串間市大字●●番地●	本人との関係	長男

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		