

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

川場村長 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 被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女					
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	☐	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									
	☐	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】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） ※ 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。									
	☐	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】収入額の合計額が年額80万円を超えます。 （受給している年金に○して下さい）									
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）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				

※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、下記については記入は不要です。

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

介護保険法第203条に基づき、銀行などに預貯金の照会を行う場合がありますので、下記の同意書にご記入をお願いします。

同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

年 月 日

〒

〈本人〉

住所

氏名

印

〒

〈配偶者〉

住所

氏名

印

※配偶者のいない方は、配偶者欄は記入しないで下さい。