

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

栃木県さくら市長 花塚 隆志 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			被保険者番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
被保険者氏名			個人番号	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
生年月日			性別														
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、記載不要です。														
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	明・大・昭・平 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	□		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〇して下さい）											受給している全ての遺族・障害年金の保険者に〇して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
	□		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〇して下さい）														
□		※ 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。															
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	() ※ 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（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) 虚偽の申請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。