

# 介護保険 負担限度額認定申請書

年　月　日

長南町長　　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　險　者　氏　名	被保険者番号													
	個人番号													
	生年月日	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(※)	電話番号													
入所(院)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	配偶者の有無が「無」の場合、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	電話番号														
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	電話番号														
	課税状況	市町村民税		課税	・	非課税										

収入等に 関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	<input type="checkbox"/>	③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80.9万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。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。												
	<input type="checkbox"/>	④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80.9万円を超える、120万円以下です。												
	<input type="checkbox"/>	⑤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120万円を超える。												
	預貯金等に 関する申告 ※通帳等の写しは 別添のとおり	<input type="checkbox"/>	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、通帳等の写しを添付してください。
- (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。

## 介護保険 負担限度額認定申請書

長南町長 様

## 記載例

令和〇年〇月〇日

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。

フリガナ 被保険者氏名	<b>チョウナン ハナコ</b>		被保険者番号 個人番号	0000000000000000 0000000000000000
長南花子	生年月日	昭和〇年〇月〇日		
住所	〒△△△-△△△△ <b>長南町長南口</b>		電話番号	0000-00-0000
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称(※)	〒△△△-△△△△ <b>長南町長南〇〇〇</b> <b>介護老人保健施設□□□</b>		ショートステイの場合は記入不要です。 0000-00-0000	
入所(院)年月日(※)	<b>令和〇年〇月〇日</b>		(※)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	配偶者 車重	どちらかに必ず○をしてください。 ※配偶者とは、別居・世帯分離をしている場合や、事実上の婚姻関係も含みます。
配偶者 に関する 事項	フリガナ	<b>チョウナン タロウ</b>		
	氏名	<b>長南 太郎</b>		
	生年月日	<b>昭和〇年〇月〇日</b>		個人番号 0000000000000000
	住所	〒△△△-△△△△ <b>長南町長南口</b>		電話番号 0000-00-0000
	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

該当する項目にチェック をしてください。 また、非課税年金を受給 している場合は遺族年 金又は障害年金に ○をしてください。	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	<input checked="" type="checkbox"/>	③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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80.9万円以下です。 (受給している年金に○して下さい。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。		
	<input type="checkbox"/>	④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80.9万円を超える、120万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	⑤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120万円を超える。		
	<input checked="" type="checkbox"/>	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。		
	預貯金等に 関する申告 ※通帳等の写しは 別添のとおり	預貯金額 00000 円	有価証券 (評価概算額)	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	<b>ご本人からの申請であれば記載不要です。</b> <b>ご家族からであれば全て記入してください。</b>			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。