

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 被保険者氏名	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 <u>年額80.9万円以下</u> 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 <u>年額80.9万円を超え、120万円以下</u> 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 <u>年額120万円を超えます</u> 。				
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。

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	チョウナン ハナコ	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	長南 花子	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
		生 年 月 日	昭和 〇年 〇月 〇日
住 所	〒△△△-△△△△ 長南町長南□	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
入 所 (院) し た 介 護 保 険 施 設 の 所 在 地 及 び 名 称 (※)	〒△△△-△△△△ 長南町長南〇〇〇 介護老人保健施設□□□	ショートステイの場合は記入不要です。 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
入 所 (院) 年 月 日 (※)	令和 〇年 〇月 〇日	(※)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 氏 名	長南 太郎	
配 偶 者 に 関 する 事 項	フリガナ	チョウナン タロウ		
	氏 名	長南 太郎		
	生 年 月 日	昭和 〇年 〇月 〇日	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	住 所	〒△△△-△△△△ 長南町長南□	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	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		

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 〇をしてください。	<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〇して下さい。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、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120万円を超えます。				
	預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※通帳等の写しは 別 添 の と お り	<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。			
	預貯金額	〇〇〇〇〇 円	有価証券 (評価概算額)		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	ご本人からの申請であれば記載不要です。 ご家族からであれば全て記入してください。	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。
- 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。