

介護保険負担限度額認定申請書

(宛先) 甲州市長

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る介護保険負担限度額の認定を申請します。

フリガナ												被保険者番号						
被保険者氏名																		
生年月日	年	月	日												個人番号			
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、記載不要です。						
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏名																	
	個人番号												生年月日	年	月	日		
	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	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税非課税世帯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【遺族年金・障害年金】※の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 ※受給している年金に○をしてください。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【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、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【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。										
する 預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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、下記については記載不要です。

申請者氏名												連絡先			
申請者住所												本人との関係			

注意事項

- 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居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。