

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

甲州市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る介護保険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	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（※1）	〒														
	連絡先														
入 所（院）年月日（※1）	年	月	日	（※1）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														
	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（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市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者													
	<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。													
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。													
	※通帳等の写しは別添	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 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。
- 3 書ききれない場合は、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。