

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

佐那河内村長 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		被保険者番号							
被保険者氏名	(印)	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 (※)	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								
	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"/>	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							
	<input type="checkbox"/>	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○して下さい) <small>※ 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。</small>							
	<input type="checkbox"/>	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○して下さい)							
非課税年金がある場合		受給している年金の保険者すべてに○をしてください。			日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済				
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 (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

送付先（希望される送付先に○して下さい。）

自宅 ・ 施設 ・ 申請者（本人以外）

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。

保険者 記入欄	備 考	受 付	入 力	確 認