

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

(申請先)

泉南市長

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	センナン タロウ		被保険者番号	000000000001
被保険者氏名	泉南 太郎		個人番号	
生年月日	昭和 13年 1月 1日	性別	男 ・ 女	
住所	〒590-0592 泉南市樽井1丁目1番1号			
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒590-0592 泉南市樽井1丁目2番3号 特別養護老人ホームせんなん 連絡			
入所（院）年月日（※）	平成 30年 1月 2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。		

※ショートステイご利用の方については、記載の必要なし。

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	センナン ハナコ		
	氏名	泉南 花子		
	生年月日	昭和 13年 1月 2日	個人番号	
	住所	〒590-0592 泉南市樽井1丁目1番1号		
	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	

※配偶者の有無に○を
※配偶者がいる方（住民票上世帯を分けている場合も含む）は配偶者の氏名・住所・連絡先等を記入。

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【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 ※通帳等の写しは別添	<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

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

- 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。
- 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。

市記入欄

課税世帯（	段階区分	老福年金受給等
非課税世帯	Ⅲ-I ・ Ⅲ-II ・	II