

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(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		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 （※）	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"/>	①生活保護受給者／②市町村民税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
※内容を記入して下さい									

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

- 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

段 階 区 分		
課税世帯（		老福年金受給等
非課税世帯	Ⅲ－Ⅰ ・ Ⅲ－Ⅱ	Ⅱ