

介護保険負担限度額認定申請書

裏面も必ず記入
してください

年 月 日

竹原市長 様

次のとおり関係書類(通帳等の写し)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	電話番号							
入所(院)した介護 保険施設の所在地 及び名称(※)	電話番号							
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	電話番号						
	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					

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	預貯金等の基準額	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		
	<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。※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。		650万円(夫婦は1,650万円)以下		
	<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120万円以下です。		550万円(夫婦は1,550万円)以下		
	<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120万円を超えます。		500万円(夫婦は1,500万円)以下		
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は基準額以下です。 ※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

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)※日中連絡のつきやすい番号
申請者住所	本人との関係

- (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。

注意事項

