

介護保険負担限度額認定申請書

会津坂下町長 様

年 月 日

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			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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	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	☐	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者																
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○してください) 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。															受給している全ての 年金の保険者に ○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	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○してください) 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。																
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	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

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は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。