

# 負担限度額認定申請書

高鍋町長 宛

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											保険者番号	4	5	4	0	1	7		
被保険者氏名											被保険者番号								
											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)している場合のみ、ご記入ください。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	「有」の場合のみ、以下の「配偶者に関する事項」について、ご記入ください。																
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市町村民税世帯非課税である高齢年金受給者																		
	<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。 <small>(受給している年金に〇して下さい。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。</small>																		
	<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】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	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。																		
	預貯金額											円	有価証券 <small>(評価概算額)</small>			円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>	( )※	

※内容を記入してください

※代理でのご記入の場合のみ、下記の欄をご記入ください。

申請者氏名	本人との関係	
申請者住所	連絡先	

**【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。

**【添付資料】**

- 同意書
- 預貯金全ての通帳の写し(口座番号と残高の表示があるページ)
- その他( )