

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										受給している全ての年金の保険者に○して下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済																																						
	<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○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	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>					()※ 円																							

※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()