

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

南伊豆町長 様

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 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (※) | (※)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 | 配偶者の有無が「無」の場合、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 | 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) | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 80.9 万円以下です。 (受給している年金に〇してください) ※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 80.9 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 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 (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、以下の記載は不要です。

| | |
|------------|-------------|
| 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、その全てを記入し、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。