

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

加須市長 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			被保険者番号																
被 保 険 者 氏 名			個人番号																
生 年 月 日			年 月 日																
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	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	☐	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																	
	☐	③市町村民税世帯非課税であって、 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 82 万 6,500 円以下です。 (受給している年金に○を記入してください。以下同じ。) ※寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																	
	☐	④市町村民税世帯非課税であって、 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 82 万 6,500 円を超え、 120 万円以下です。																	
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	⑤市町村民税世帯非課税であって、 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、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

(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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3) 書ききれない場合は、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、支給された額の返還及び最大 2 倍の加算金の負担をしていただくことがあります。