

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) むつ市長

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	性別	
住所	連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（注）	連絡先		
入所（院）年月日	年 月 日	(注) 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	(注) 左欄において「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
	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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 受給している全ての年金の保険者を○で囲んでください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 </div>		
	<input type="checkbox"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、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。 <small>(受給している年金に○をして下さい。) ※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。</small>			
	<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、120万以下です。			
	<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次の金額以下です。 第1号被保険者で①の場合は1000万円(夫婦は2000万円)、②の場合は650万円(夫婦は1650万円)、③の場合は550万円(夫婦は1550万円)、④の場合は500万円(夫婦は1500万円) 第2号被保険者(40歳～64歳)の場合は1000万円(夫婦は2000万円) ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは、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。)

(注) 内容について記入してください。
申請者が被保険者本人の場合には、次の事項の記載は不要です。

申請者氏名		連絡先	
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、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。
- この用紙に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でその2倍の加算金を返還していただくことがあります。