

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

湧水町長 殿

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	明・大・昭	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）していない場合及び短期入所（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	明・大・昭	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"/>	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	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"/>	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。 （受給している年金に○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。	
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超えます。 （受給している年金に○して下さい）	
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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかか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
		円	その他（現金・負債を含む）（ ）※ 円 ※内容を記入して下さい

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

認定証送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 上記施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------	--

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。

町記入欄

利用者負担段階	審査結果
1・2・3・4	承認・非承認