

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)
山口県萩市長 あて

令和 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			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	日生														
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 (※)	平・令		年	月	日	☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 療養 ☐ 介護医療院 ☐ ショート ☐ 地域密着 ☐ その他													

(※)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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	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	市区町村民税 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 <u>年額80万9千円以下</u> です。 (受給している年金に〇して下さい。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。				
	☐	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 <u>年額80万円9千円を超え、120万円以下</u> です。				
	☐	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 <u>年額120万円を超えます</u> 。				
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。				
別添	預貯金額	円	有価証券等 (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、下記については記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・勤務先）
申請者住所 〒	本人との関係

認定証等送付先	1 被保険者	2 申請者	3 施設等
	4 その他	住所 〒 氏名	

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所有している場合は、そのすべてを記入し、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。