

介護保険負担限度額認定申請書

年月日を記入してください

年 月 日

10桁の被保険者番号を記入してください。

(申請先)  
伊方町長様  
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	被保険者番号									
被保険者氏名	個人番号									
	性別	男 ・ 女								
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。									

入所(院)している施設について記入してください。(予定の場合は、その予定先施設について記入してください。)

配偶者(内縁関係を含む)が「有」の場合、その配偶者に関する事項を記入してください。世帯分離をしている場合でも記入は必要です。

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										

非課税年金について、分かる範囲で記入してください。

収入等に関する申告	非課税年金	受給の有無	有 ・ 無	「有」の場合は、以下の「年金の種類」・「年金保険者」について、当てはまるもの全てに○をしてください。						
		年金の種類	遺族年金・障害年金	年金保険者	日本年金機構・国家公務員共済 地方公務員共済・私学共済					
	65歳以上の人(年金収入額+その他の合計所得金額)	<input type="checkbox"/> 年額80万円以下 → かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下 <input type="checkbox"/> 年額80万円超120万円以下 → かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下 <input type="checkbox"/> 年額120万円超 → かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下								
	65歳未満の人	<input type="checkbox"/> 預貯金等の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)以下								
	※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(普通・定期等)	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金・負債を含む)	( ) ※	円			

配偶者が「有」の場合、配偶者との合計金額を記入してください。

本人以外が申請書を提出する場合、提出する方の氏名等を記入してください。なお、提出者には提出書類の内容について確認をさせていただく場合がございます。

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

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。
- 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。