様式第 25 号（第 15 条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

（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。

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

被保険者	イカタ　タロウ 伊 方　太 郎	被保険者番号	※※※※※※※※※※
		個人番号	※※※※※※※※※※※※
		生年月日	昭和○年○月○日
所	〒796-0301　伊方町湊浦 1993 番地 1	電話番号	0894-38-2652
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒796-×××× □□町△丁目×××番地　○○○○施設×		×-××-××××
入所（院）年月日（※）	令和○年○月○日	（※）介護保険 ショー	す。

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ご記入ください。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	配偶者の有無が「無」の場合、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	イカタ　ハナコ		
氏　名	伊 方　花 子		
生年月日	昭和○年○月○日	個人番号	※※※※※※※※※※※※
住　所	〒796-0301　伊方町湊浦 1993 番地 1	電話番号	0894-38-2652
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　非課税		

収入等について、分かる範囲でご記入ください。

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年額 82.65 万円以下です。（受給している年金に○してください） ※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。
	□	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 年額 82.65 万円を超え、120 万円以下です。
	□	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 年額 120 万円を超えます。
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☑	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	○○万 円	有価証券（評価概算額）	0 円	その他（現金・負債を含む）	（現金　○万 円）※内容を記入してください。

配偶者が「有」の場合、配偶者との合計金額をご記入ください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者氏名　伊 方　花 子	連絡先（自宅・勤務先） 0894-38-2652
申請者住所 〒796-0301　伊方町湊浦 1993 番地 1	本人との関係 妻

本人以外が申請書を提出する場合、提出者の氏名等をご記入ください。
なお、提出者には提出書類の内容について、確認させていただく場合がございます。

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
(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
(3)　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。
(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
　　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。