

介護保険負担限度額認定申請書

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。

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。															

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														

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80.9万円以下	→ 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80.9万円超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											

※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

- (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。