

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	

※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

- 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。