

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

三戸郡三戸町長 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 被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
		生年月日	年			月			日				
住 所		〒 電話番号											
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）		〒 電話番号											
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は不要です。								
配偶者の有無		有 ・ 無			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 氏 名												
	生 年 月 日	年 月 日			個人番号								
	住 所	〒 電話番号											
	本年1月1日 現在の住所と 異なる場合）	〒 電話番号											
	課税状況	市町村民税 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 年額82.65万円以下です。 （受給している年金に〇して下さい） ※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、その他の合計所得金額の合計額が 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、その他の合計所得金額が 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 1,550万円以）、 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	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保有している場合は、その全てを記入し、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。