

負担限度額認定申請書

令和 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		保険者番号						0	2	4	4	1	4	
被保険者氏名		被保険者番号												
生年月日		年	月	日	個人番号									
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は不要です。									
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		☐	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80.9万円以下です。 （受給している年金に○して下さい。以下に同じ。） ※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が年額80.9万円を超え、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の合計額が年額120万円を超えます。											
預貯金等に関する申告		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）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）	（ ）※					

※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
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。