

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

南陽市長 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																
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 (現住所と異なる場合)	〒 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 ※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	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 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。

【市記入欄】 市民税 ☐非課税 ☐課税 (本人・配偶者・世帯員)

判定基準額 円
利用者負担段階 1 ・ 2 ・ 3① ・ 3② ・ 4

※裏面の同意書にも記入してください。