

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

山梨県都留市長 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			保険者番号	1 9 2 0 4 7						
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	〒		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(※)			<small>(※) 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。</small>							
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	<input type="checkbox"/>	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								
	<input type="checkbox"/>	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80万円以下です。 (受給している年金に○をしてください。以下同じ。) ※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。								
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。								
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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(夫婦は1,650万円)、④の方は550万円(夫婦は1,550万円)、⑤の方は500万円(夫婦は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		有価証券 (評価概算額)		その他 (現金・負債を含む)	() ※				
<small>※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。</small>										
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。