

介護保険負担限度額認定申請書

令和 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		性 別									
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(※)				(※) 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		☐	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○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。										
		☐	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80.9万円を超え、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 ※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(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		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。
(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。