# 介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

南越前町長　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<br>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（※） | | （※）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 | | 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 | 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、<br>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○してください）**<br>※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、<br>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、<br>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<br>※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）、<br>③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、<br>⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。<br>※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） | （　　）※<br>円<br>※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、以下の記載は不要です。

| | |
|---|---|
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所<br>〒 | 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。