

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(あて先) 妙高市長

申請者
住 所
氏 名
電話番号

■ 記載内容、添付書類等に不明な点等
があった場合の問い合わせ先
氏 名：
電 話：
申請者との関係：

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の申請をします。

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号										
	氏名			個人番号										
	性別	男 ・ 女		生年月日	年 月 日									
	住所	(電話 —)												
現 在 入 所 し て い る 介 護 保 険 施 設 (※)	名 称											※介護保険施設に入 所していない場合及 びショートステイを 利用している場合 は、記入不要です。		
	所在地													
	入所した 年月日	年 月 日												

※ 生活保護を受給している方は、「収入等に関する申告」欄のみ（その他は記入不要）記入ください。

○ 配偶者に関する事項

配偶者の有無	有 ・ 無		配偶者が「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」欄については、記入不要です。										
フリガナ			生年月日	年 月 日									
配 偶 者 の 氏 名			個人番号										
			市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税									
配偶者の住所	(電話 —)												
本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる場合)													

◎ 裏面に続きます（裏面も必ず記入ください）。

(裏 面)

○ 収入等に関する申告

(1) 非課税年金受給の有無 (有 ・ 無)

有の場合 ⇒ 受給している非課税年金を下記により申告ください。

(遺族年金 ・ 障害年金)

遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む

(2) 収入等区分

<input type="checkbox"/>	生活保護受給者、市町村民税世帯非課税である老齢年金受給者
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額・非課税年金収入額・合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下の者
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって 課税年金収入額・非課税年金収入額・合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超える者

○ 預貯金等に関する申告

<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が 1000 万円 (夫婦は 2000 万円) 以下です。 ※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり
--------------------------	--

* 預貯金等の内訳

種 類	氏 名 (口座名義)	金 融 機 関	支 店 名	預貯金額
預 貯 金				円
				円
				円
				円
	氏 名	種 類		評価概算額
有 価 証 券 (株式、国債、 出資証券等)				円
				円
	氏 名	種 類		金 額
現 金				円
				円
そ の 他 (負 債 等)				円
				円
			合 計	円

(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。

※記入された個人情報、介護保険負担限度額認定に関する業務以外には使用しません。