

介護保険負担限度額認定申請書

令和 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	生年月日													
	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 配偶者の氏名				生年月日	年	月	日										
				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

区分	資産要件
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は、市民税非課税世帯であり、かつ、老齢福祉年金受給者	単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であり、かつ、本人の「課税年金収入額」+「非課税年金収入額」+「その他の合計所得金額」の合計額が年額80万円以下の者	単身：650万円以下 夫婦：1,650万円以下
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であり、かつ、本人の「課税年金収入額」+「非課税年金収入額」+「その他の合計所得金額」の合計額が年額80万円を超え120万円以下の者	単身：550万円以下 夫婦：1,550万円以下
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯であり、かつ、本人の「課税年金収入額」+「非課税年金収入額」+「その他の合計所得金額」の合計額が年額120万円を超える者	単身：500万円以下 夫婦：1,500万円以下

※世帯分離している場合でも配偶者の課税状況や収入額等含む。

○ 預貯金等に関する申告

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
その他の (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は、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。