

介護保険 負担限度額申請書

我孫子市長 あて

年 月 日

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	アビコ タロウ	保険者番号		1	2	2	2	2	6			
被保険者氏名	我孫子 太郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5
		個人番号										
生年月日	昭和11年1月1日	性別	男									
住所	〒270-1100 千葉県我孫子市0001-1-1 電話番号 04-0000-△△△△											
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	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	アビコ ハナコ										
	氏名	我孫子 花子										
	生年月日	昭和12年1月1日	個人番号									
	住所	同上 電話番号										
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	※課税状況が不明の場合は、記載不要です。										
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税											
収入等及び預貯金等に関する申告	<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福祉年金受給者 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。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※1・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。（受給している年金に○して下さい） ※1：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。 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1650万円）以下です。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。（受給している年金に○して下さい） 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1550万円）以下です。										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○して下さい） 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1500万円）以下です。										
収入要件及び預貯金要件の両方の基準を満たす場合にチェック		金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	()※2	円				

受給しているもの年金に○をしてください。

受給している全ての年金の保険者に
 して下さい

- 日本年金機構
- 地方公務員共済
- 国家公務員共済
- 私学共済

※2：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

- 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、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合、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。