

# 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			保険者番号	1 2 2 2 2 6					
被保険者氏名	被保険者番号								
	個人番号								
生年月日			性別						
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	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			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）								
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〇して下さい） ※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〇して下さい） 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〇して下さい） 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。							
		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)	(	)※2 円	

※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。