

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		年 月 日		性 別								
住 所		〒 連絡先										
入所（院）した 介護保険施設 の所在地及び 名称（※）		〒 連絡先										
入 所 （ 院 ） 年 月 日 （※）		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	年 月 日		個 人 番 号								
	住 所	連絡先										
	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 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、 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 80.9 万 円以下です。 (受給している年金に○して下さい。以下同じ。) ※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、 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 80.9 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、 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 ※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 1000 万円(夫婦は 2000 万円)、③の方は 650 万円(同 1650 万円)、④の方は 550 万円(同 1550 万円)、⑤の方は 500 万円(同 1500 万円) 以下です。 ※第2号被保険者(40 歳以上 64 歳以下)の場合、③～⑤の方は 1000 万円(夫婦は 2000 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)	() ※ 円					

※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。