

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

阿波市長

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。

[illegible]

|           |                        |       |   |                                           |   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------|-------|---|-------------------------------------------|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                   | 明・大・昭 | 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                | <input type="checkbox"/> | 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                                                                                                                             |                 |   |               |           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 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82万6,500円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。）<br>※ 寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。                  |                 |   |               |           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 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82万6,500円を超え、120万円以下です。                                                                           |                 |   |               |           |
|                          | <input type="checkbox"/> | 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<br>※通帳等の写しは別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が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。<br>※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<br>（評価概算額） | 円 | その他（現金・負債を含む） | （ ）※<br>円 |

申請者が被保険者本人の場合は、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

- (1) 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。
- (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居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。