

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。

フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0								
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日											
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。											
送付先	1. 自宅 2. 施設 3. その他（ ）														

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	☐	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80万円以下です。（受給している年金に○してください。以下同じ。） ※ 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。													
	☐	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。 ※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									

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

- 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。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、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。