

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) せたな町長

住所
申請者 氏名
電話

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）にかかる負担限度額認定を申請します。
また、必要がある時は、官公署、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券等の残高について照会することに同意します。

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--------|-------|---|---|---|-----|--|--|
| フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 個人番号 | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | | |
| 住所 | 〒 | 電話 - - | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地および名称 | 〒 | 電話 - - | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | 年 | 月 | 日 | ※介護保険施設に入所(院)していない場合およ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 | ※内縁、事実婚の場合は「有」として「配偶者に関する事項」を記載してください。 ※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。 | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | 被保険者番号 | | | | | | |
| | 氏名 | | 個人番号 | | | | | | |
| | | | 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 住所 | 〒 | 電話 - - | | | | | | |
| | 本年1月1日現在の住所 | (上記住所と異なる場合のみ記入してください。) 〒 | | | | | | | |
| 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"/> | 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非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 預貯金、有価証券等の合計金額が【650万円（夫婦は1,650万円）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非課税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。 預貯金、有価証券等の合計金額が【550万円（夫婦は1,550万円）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非課税年金収入額の合計額が年額120万円を超えます。 預貯金、有価証券等の合計金額が【500万円（夫婦は1,500万円）以下】です。 |

本人の非課税年金状況（受給している年金に○をつけてください。）

【遺族年金※・障害年金】※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。

預貯金、有価証券等の合計金額 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。

| | | | | | |
|------|---|-----------------|---|-----------------|-------|
| 預貯金額 | 円 | 有価証券 (評価概算額) | 円 | その他 (現金・負債等) | 円※() |
|------|---|-----------------|---|-----------------|-------|

※「現金」「負債」等の内容を記入してください。

【注意事項】

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
- (3) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

【せたな町記入欄】

| | | | | | |
|-----------|---------------|-----------|------------|-------------|-------|
| 生活保護受給者 | 該当・非該当 | 老齢福祉年金受給 | あり・なし | 境界層該当 | あり・なし |
| 市町村民税課税状況 | 本人 課・非 | 世帯 課・非 | 配偶者 課・非 | 預貯金等 | 超過・以下 |
| 有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | 決定区分 | |
| 認定年月日 | 年 月 日 | | | 1・2・3①・3②・4 | |