

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 砂川市長 様

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。

ふりがな			個人番号							
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年	月	日	性別	男・女					
住所	〒		電話 () -							
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	所在地	〒		電話 () -						
	名称									
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	ふりがな			個人番号							
	氏名			生年月日	年 月 日						
	住所	〒		電話 () -							
	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"/>	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	預貯金等の基準額	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下			
	<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○を付けてください)		650万円(夫婦は1,650万円)以下			
	<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80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○を付けてください)		550万円(夫婦は1,550万円)以下			
	<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120万円を超えます。(受給している年金に○を付けてください)		500万円(夫婦は1,500万円)以下			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。					
	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

※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。

※2 種類と金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

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) 同じ種類の預貯金、有価証券等を複数所有している場合は、その全てを記入し、預貯金等に係る通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 該当 利用者負担 第 1・2・3 段階	<input type="checkbox"/> 非該当 [事由 <input type="checkbox"/> (本人・世帯・配偶者) 課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過]
------	---	---

