# 令和　年度 介護保険 負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

笛吹市長　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。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 住　所 | 〒　　連絡先 | | |
| 申請時施設区分（番号を記入） | 1.特別養護老人ホーム　2.老人保健施設　3.介護療養型医療施設　4.地域密着型特別養護老人ホーム　5.ショートステイ　6.介護医療院 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 |
| | □③市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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○をして下さい。以下同じ。）※寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 |
| | □④市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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(同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・負債含） | 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 |
| 申請者住所 | 本人との続柄 |

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、そのすべてを記入し、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。