

# 令和 年度 介護保険 負担限度額認定申請書

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	性別																
住所	連絡先																				
利用する 介護保険施設の 種別	該当する番号に○をつけてください。 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	<input type="checkbox"/> 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																		
	<input type="checkbox"/> 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。） <small>※寡婦年金、か夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>																		
	<input type="checkbox"/> 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。																		
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。