

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 羽咋市長

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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日						性別					
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（※）	昭・平・令 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	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"/>	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				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※・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○をしてください） ※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。以下同じ					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・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○をしてください）					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・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○をしてください）					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、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり					() ※ 円 ※内容を記入
	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)		

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（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。