

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

坂出市長様

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をします。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		性別	
生年月日			
住所	連絡先		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称 <small>（※）</small>	連絡先		
入所（院）年月日 <small>（※）</small>	年 月 日	<small>（※）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。</small>	

配偶者の有無	有 ・ 無	<small>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。</small>		
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
	住所	連絡先		
	本年1月1日現在の住所 <small>（現住所と異なる場合）</small>			
課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税			

収入等に関する申告		預貯金等 ※2	
<input type="checkbox"/>	● 高齢福祉年金を受給している、世帯全員 ※1 が住民税非課税のかた ● 生活保護受給者	<input type="checkbox"/>	単身で1,000万円以下 夫婦で2,000万円以下
<input type="checkbox"/>	● 世帯全員 ※1 が住民税非課税で、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が年間で80万円以下のかた	<input type="checkbox"/>	単身で 650万円以下 夫婦で1,650万円以下
<input type="checkbox"/>	● 世帯全員 ※1 が住民税非課税で、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が年間で80万円超120万円以下のかた	<input type="checkbox"/>	単身で 550万円以下 夫婦で1,550万円以下
<input type="checkbox"/>	● 世帯全員 ※1 が住民税非課税で、前年の公的年金等収入金額+その他の合計所得金額が年間で120万円超のかた	<input type="checkbox"/>	単身で 500万円以下 夫婦で1,500万円以下
預貯金等に関する申告	預貯金額 円	有価証券 <small>（評価概算額）</small> 円	その他 <small>（現金・負債を含む）</small> () ※3 円

※1 世帯分離している配偶者も含みます。

※2 夫婦世帯では1,000万円が配偶者の上乗せ分となります。

※3 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（自宅・勤務先）
申請者住所	本人との関係

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また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、余白に記入するかまた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。