

介護保険負担限度額認定申請書

坂 出 市 長 様

年 月 日

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	
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 （※）	連絡先			
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。		

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	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				預貯金等 ※2		
☐	● 老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			☐	単身で1,000万円以下 夫婦で2,000万円以下	
☐	● 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80.9万円以下のかた			☐	単身で 650万円以下 夫婦で1,650万円以下	
☐	● 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80.9万円超120万円以下のかた			☐	単身で 550万円以下 夫婦で1,550万円以下	
☐	● 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			☐	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 （評価概算額）	円	その他 （現金・負債を含む）	（ ）※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・携帯電話）
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。