

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 砂川市長 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。

ふりがな		個人番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 電話 () -		
入所(院)した 介護保険施設の所 在地及び名称(※)	所在地	〒 電話 () -	
	名 称		
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	ふりがな	個人番号	
	氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 電話 () -	
	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老齢福祉年金受給者	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※1・障害年金】収入額の 合計額が 年額 80.9 万円以下 です。(受給している年金に○を付けてください)		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※1・障害年金】収入額の 合計額が 年額 80.9 万円を超え 120 万円以下 です。(受給している年金に○ を付けてください)		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※1・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○を付けてください)		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。					
	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む。)	※2	円

※1 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。

※2 種類と金額を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

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) 同じ種類の預貯金、有価証券等を複数所有している場合は、その全てを記入し、預貯金等に係る通帳等の写しを添付してください。
- (2) 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。
- (3) 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。

◎裏面も必ずご記入ください。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 該 当 利用者負担 第 1・2・3①・3② 段階	<input type="checkbox"/> 非該当 事由 <input type="checkbox"/> (本人・世帯・配偶者) 課税 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過
------	--	--

