介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

千曲市長

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			被保険者番号												
被保険者氏名			個人番号												
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男						女			
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	☐ ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者															
	☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。															
	☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。															
	☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金・障害年金】の収入額、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	☐ 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1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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(夫婦は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・負債を含む)	()※ 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（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。