

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)

伊奈町長

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	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(※)	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	年 月 日	個人番号
	住 所	〒	
	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"/>	①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	
	<input type="checkbox"/>	②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82万6,500円以下です。 (受給している年金に○をして下さい) ※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。	
	<input type="checkbox"/>	③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82万6,500円を超え、120万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい)	
	<input type="checkbox"/>	④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】収入額の合計が年額120万円を超えます。 (受給している年金に○をして下さい)	
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が次の金額以下です。 〔 第1号被保険者で①の場合は1000万円（夫婦は2000万円）、②の場合は650万円（夫婦は1650万円）、③の場合は550万円（夫婦は1550万円）、④の場合は500万円（夫婦は1500万円） 〕 〔 第2号被保険者(40歳～64歳)の場合は1000万円（夫婦は2000万円） 〕 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添とおとり	
	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うえ添付してください。
- (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。