

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

豊岡市長様

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。

フリガナ			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
			性別	男・女					
生年月日	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)してし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	〒 —		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	<input type="checkbox"/>	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							
	<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【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下です。(受給している年金に〇してください。以下同じ。) ※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"/>	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】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	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】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 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 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。 ※2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は 1,000 万円(夫婦は 2,000 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。