

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

群馬県吾妻郡嬭恋村長 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 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 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)した年月日(※) | 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、記載不要です。 | | | | | | | | | |

| | | |
|--------|-------|---|
| 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 <small>受給しているすべての遺族・障害年金の保険者に○をしてください。</small> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済 | <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・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をしてください) | | 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・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万円以下です。(受給している年金に○をしてください) | | 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・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○をしてください) | | 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以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | |
| | 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) |

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 | |
| 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) 虚偽の申請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。