

(あて先) 掛川市長

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		保険者番号					2	2	2	1	3	3
被保険者氏名		被保険者番号										
		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(※)	昭・平・令 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	<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、合計所得額、課税年金収入額及び【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〇して下さい) ※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"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額、課税年金収入額及び【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〇して下さい)										
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額、課税年金収入額及び【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〇して下さい)										
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。(預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり) ※第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	※内容を記入して下さい					

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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。