

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

（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	0	0	0								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号									
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高齢福祉年金受給者												
	<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	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。