

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			被保険者番号	0	0	0													
被保険者氏名			個人番号																
			生年月日	大	・	昭												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 （※）	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	大	・	昭														年 月 日	
	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	☐	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																
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円以下です。 ※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。																
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。																
	☐	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】の収入額、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	☐ 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。