

# 介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号	3	0	3	6	1	0
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	年	月	日						
住所	〒 _____ 電話番号 ( ) - _____								
介護保険施設の所在地及び名称 (※)	〒 _____ 電話番号 ( ) - _____								
入所(院)年月日(※)	年	月	日	※ 介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。					

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
	住所	〒 _____ 電話番号 ( ) - _____		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 _____ 電話番号 ( ) - _____		
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市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税非課税世帯であって、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80.9万円以下です。 <input type="checkbox"/> ④市町村民税非課税世帯であって、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80.9万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> ⑤市町村民税非課税世帯であって課税族年金収入額と【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120万を超えます。
-----------	--

本人が受給している非課税年金(遺族年金・障害年金等)に関する申告(受給しているすべての年金等について、○してください。)	・日本年金機構 【 遺族年金 】 【 障害年金 】 【 無し 】 ・地方公務員共済 【 遺族年金 】 【 障害年金 】 【 無し 】 ・国家公務員共済 【 遺族年金 】 【 障害年金 】 【 無し 】 ・私学共済 【 遺族年金 】 【 障害年金 】 【 無し 】 ※遺族年金には、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。
--	--

預貯金に関する申告(配偶者分も含む)	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は単身1000万円夫婦2000万円③の方は単身650万円夫婦1650万円④の方は単身550万円夫婦1550万円⑤の方は500万円夫婦1500万円以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は単身1000万円夫婦2000万円以下です。												
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">預貯金額</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black;">有価証券(評価概算額)</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">現金</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">負債</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </table>	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	現金	円					負債	円
預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	現金	円								
				負債	円								

湯浅町長 様

上記のとおり、関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。

年 月 日

住所

申請者

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( ) 電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

**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、すべての金額を合計した金額を記入してください。(本人及び配偶者分)
- 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頂くことがあります。

**※預貯金等が確認できる書類(通帳の写し)、同意書と共に申請してください。**