

(別紙)

### 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

益子町長

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																		
被保険者氏名		個人番号																		
生年月日		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(※)		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		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/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"/>	②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Oしてください) ※ 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																	受給している全ての年金の保険者にOしてください  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"/>	③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Oしてください)																		
	<input type="checkbox"/>	④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Oしてください)																		
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額が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同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、①~④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 <input type="checkbox"/> ※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)	( )	※	円										

※内容を記入してください

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。