

(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	☐	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																	
	☐	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82万6千500円以下です。(受給している年金に○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																	
	☐	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82万6千500円を超え、120万円以下です。(受給している年金に○してください)																	
	☐	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○してください)																	
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。 ※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

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。