

介護保険負担限度額認定申請書

①

令和 年 月 日

坂戸市長 あて
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。

ふりがな													
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													
	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	ふりがな												
	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												

収入等および預貯金等に関する申告	☐	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であって、預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に○を付けてください。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。 ○預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。 ※65歳未満の場合、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。以下同じ。										受給している全ての年金の保険者に○を付けてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80.9万円超え120万円以下です。（受給している年金に○を付けてください。） ○預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。											
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、 ○課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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○を付けてください。） ○預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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		申請者住所	
連絡先（自宅・勤務先）		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、その全てを記入し、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。

