

介護保険負担限度額認定申請書

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 月 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高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 万円（夫婦は 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 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 万円（夫婦は 万円）以下です。 ※ 歳未満の場合、 万円（夫婦は 万円）以下です。以下同じ。												
	☐	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 万 円超え 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 万円（夫婦は 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 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 万円（夫婦は 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

- 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、その全てを記入し、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 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。