

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

色麻町長 殿

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	⑨	個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男	・	女				
住所	〒 ー 宮城県加美郡色麻町 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 （※）	昭・平 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	明・大・昭 年 月 日	個人番号						
	住所	〒 ー 連絡先							
	本年1月1日 現在の住所 （現住所と異なる場合）	〒 ー							
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"/> 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"/> 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。 <small>（受給している年金に〇して下さい）</small> <small>※ 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。</small>							<small>受給している全ての遺族・障害年金の保険者に〇して下さい</small> <small>日本年金機構</small> <small>地方公務員共済</small> <small>国家公務員共済</small> <small>私学共済</small>	
	<input type="checkbox"/> 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80万円を超えます。 <small>（受給している年金に〇して下さい）</small>								
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が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>								
	預貯金額	円	有価証券 <small>（評価概算額）</small>	円	その他 <small>（現金・負債を含む）</small>	円	<small>（ ）※</small> <small>※内容を記入して下さい</small>		

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) 虚偽の申請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。