

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

三朝町長 様

次のとおり関係書類（同意書、通帳等の写し等）を添えて、食費・居住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	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女														
住所	〒 電話（ ） —																			
入所(入院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	電話																			
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	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。(事実婚含む)																	
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生															
	住所	〒 電話																		
	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				預貯金等に関する申告			
<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"/>	預貯金等の金額の合計が 1000 万円(夫婦は 2000 万円)以下です。		
<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非課税年金収入額の合計額が、 <u>年額 80 万円以下</u> です。			<input type="checkbox"/>	預貯金等の金額の合計が 650 万円(夫婦は 1650 万円)以下です。		
<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非課税年金収入額の合計額が、 <u>年額 80 万円を超え 120 万円以下</u> です。			<input type="checkbox"/>	預貯金等の金額の合計が 550 万円(夫婦は 1550 万円)以下です。		
<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非課税年金収入額の合計額が、 <u>年額 120 万円を超えます</u> 。			<input type="checkbox"/>	預貯金等の金額の合計が 500 万円(夫婦は 1500 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	電話(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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 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。

資産の詳細について

預貯金等および現金

※年金を受給している方は、年金受取口座を記載した箇所の番号（一番左）を○で囲んでください。

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人	対象	残高
1					本・配	
2					本・配	
3					本・配	
4					本・配	
5					本・配	
6					本・配	
現金等				被保険者（本人）		
				配偶者等		
合 計					①	

有価証券等

番号	金融機関名	支店名	種別	名義人	対象	残高
1					本・配	
2					本・配	
3					本・配	
4					本・配	
合 計					②	

負債

番号	貸主	名目	対象	残高
1			本・配	
2			本・配	
3			本・配	
4			本・配	
合 計			③	

※預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。

※負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。