

介護保険負担限度額認定申請書  
(特養・老健・療養・短期)

平成 年度

(申請先) 宇陀郡御杖村長 平成 年 月 日

次の通り関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)にかかる負担限度額認定を申請します。( 1 )

フリガナ		被保険者番号	0	0	0	0	0	0												
被保険者氏名		印																		
生年月日	昭和 年 月 日	性別																		
住所	宇陀郡御杖村大字 連絡先																			
介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先																			
入所する居室の種別	1 ユニット型個室 3 従来型個室 2 ユニット型準個室 4 多床室																			
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	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	<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																	受給しているすべての年金の保険者にまる〇してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
	<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。(受給している年金に〇して下さい) 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。																		
	<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。(受給している年金に〇して下さい)																		
預貯金等に関する申出	<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。 ※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。