

# 介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

貝 塚 市 長

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	個人番号
生年月日	性別
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 (※)	(※)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	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"/>	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 (受給している年金に○をして下さい) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。				
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②のかたは1000万円(夫婦は2000万円)、③のかたは650万円(同1650万円)、④のかたは550万円(同1550万円)、⑤のかたは500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)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

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/携帯/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。