

# 介護保険負担限度額認定申請書

平成 年 月 日

三木市長様

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			保険者番号			2	8	2	1	5	2
被保険者氏名	〒	電話番号	被保険者番号	0	0	0	0				
			個人番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男	・	女			
被保険者住所	〒 電話番号 -										
申請時の状況	1. 施設入所 2. ショートステイ利用 3. その他										
介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号 -										
入所(院)年月日(※)	平成	年	月	日	(※)介護保険施設入所(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	日生						
	住所	〒 電話番号 -									
	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							

本人及び本人の属する世帯の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。(受給している年金に〇してください) ※ 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ください)									
本人と配偶者の預貯金等に関する申告(配偶者がいない場合は本人のみ)	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円(夫婦は2,000万円)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				

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(電話番号)	
申請者住所	被保険者との続柄		

**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使用している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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22条第1項の規程に基づき、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。

**※市記入欄**

交付年月日	平成 年 月 日	備	考
適用年月日	平成 年 月 日	介護段階	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5
滞納状況	有・無	整理番号	
有効期限	平成 年 月 日	生活保護・所得段階( )	負担段階区分 1・2・3
認定証送付先	平成 年 月 日	住所地・送付先登録地・施設( )	