

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

増毛町長 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											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
	性別		男 ・ 女								
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭		年		月		日				
住所	〒										
	電話番号										
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称※	所在地 〒										
	名称										
	電話番号										
入所（院）年月日 ※	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	〒												
		電話番号												
本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒													
	電話番号													
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の合計額が年額80万円以下です。											
	<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の合計額が年額80万円を超えます。											
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	電話番号
申請者住所 〒	本人との関係

※増毛町記入欄

交付年月日	年 月 日	備考
適用年月日	令和 年 月 日から	
有効期限	令和 年 7月 31日まで	
交付方法	<input type="checkbox"/> 郵送（自宅） <input type="checkbox"/> 郵送（施設） <input type="checkbox"/> その他	

<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所有している場合は、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) 書ききれない場合は、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。