

介護保険負担限度額認定申請書

熊本県八代郡氷川町長 令和 年 月 日
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。

被 保 険 者	フリガナ				被保険者 番号				
	氏 名				個人番号				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		連絡先	
	住 所								
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(※)		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。				
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		資産等に関する申告	
☐	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	預貯金等の合計金額が 1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。	
☐	市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額の合計額が、 <u>年額80万円以下</u> です。	預貯金等の合計金額が 650万円(夫婦は1,650万円)以下です。	
☐	市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額の合計額が、 <u>年額80万円を超え120万円以下</u> です。	預貯金等の合計金額が 550万円(夫婦は1,550万円)以下です。	
☐	市町村民税世帯非課税者であって、 年金収入額と合計所得金額の合計額が、 <u>年額120万円を超え</u> ます。	預貯金等の合計金額が 500万円(夫婦は1,500万円)以下です。	

該当する年金及び年金保険者に ○をして下さい(非課税年金受給者のみ)	非課税年金	年金保険者
	遺族年金※・障害年金	日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済

※ 遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

預貯金額	円	有価証券 (評価概要額)	円	その他 (現金・負債を含む)	円	()※ 円
※内容を記入して下さい						

※ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

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。