

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

吉野川市長

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	明・大・昭		年		月		日											
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 （※）	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。									
認定証送付先	該当に○		（		住所地		・		入所施設		・		住所地以外（下欄へ記入）					
	〒		氏名															

配偶者の有無		有		・		無		配偶者の有無が「無」の場合、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	☐	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																
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円以下 です。 （ 受給している年金に○して下さい。以下同じ。 ） ※ 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。																
	☐	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】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額82.65万円を超え、120万円以下 です。																
	☐	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】の収入額、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 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は 1,000万円 （夫婦は 2,000万円 ）、③の方は 650万円 （同 1,650万円 ）、④の方は 550万円 （同 1,550万円 ）、⑤の方は 500万円 （同 1,500万円 ）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 1,000万円 （夫婦は 2,000万円 ）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	※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、以下の記載は不要です。

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。

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ 年金証書	☐ 戸籍謄本等(法定代理人)
	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ その他	☐ 介護保険被保険者証
	☐ 住民票の写し	☐ 介護支援専門員証	()	☐ 委任状(任意代理人)
	☐ 職員が記載	☐ 後期被保険者証	()	☐ その他(上記が困難な場合)
		☐ 介護保険被保険者証	()	