

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		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	<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】の収入額、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○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。										
	<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】の収入額、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】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	<input type="checkbox"/> 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、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。

(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)。

	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
市 町 村 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	()	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)
	<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)
		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()