

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 吉野川市長

平成 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。

		個人番号	
フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
	印	性別	
生年月日			
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(※)	<small>(※) 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。</small>		
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	<small>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。</small>		
配偶者に関する事項	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	個人番号		
	住 所	〒	連絡先	
	<small>本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)</small>	〒		
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。 <small>(受給している年金に○して下さい)</small> <small>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。</small>			
	<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。 <small>(受給している年金に○して下さい)</small>			
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。 <small>※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり</small>			
	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)

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。