

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）年 月 日
塩谷町長 様
次のとおり関係書類を添えて、食事・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	大・昭 年 月 日		性 別		男 ・ 女														
住所	連絡先																		
介護保険施設の所在地及び名称	※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。																		
	連絡先																		
入所(院)年月日	年 月 日																		

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、記入不要です。														
配偶者に関する事項	フリガナ																	
	氏名																	
	生年月日	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のみ記入)																
	課税状況	市町村民税 課税 ・ 非課税																
収入等に関する申告	☐	☐ 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置対象者 ※資産等申告書等を添付																
	☐	☐ 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																
	☐	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。(受給している年金に○して下さい) ※ 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。															受給している全ての遺族・障害年金の保険者に○して下さい ・日本年金機構 ・地方公務員共済 ・国家公務員共済 ・私学共済	
	☐	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。(受給している年金に○して下さい)																
預貯金等に関する申告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦の場合は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、下記については記載は不要です。

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方を含みます。
- (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。