

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ない場合は、記入不要です。														
	連絡先														
サービス種類	施設入所(院)・ショートステイ		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													
	① ☐	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													
	② ☐	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 8 0 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。													
	③-1 ☐	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 8 0 万円超～1 2 0 万以下です。(受給している年金に○して下さい)													
	③-2 ☐	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 1 2 0 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基準額以下です。(※) 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								

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

(※) 預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり
① 単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下 ② 単身 650 万円、夫婦合計 1,650 万円以下
③-1 単身 550 万円、夫婦合計 1,550 万円以下 ③-2 単身 500 万円、夫婦合計 1,500 万円以下
* 第 2 号被保険者は、段階にかかわらず単身 1,000 万円、夫婦合計 2,000 万円以下

申請者が被保険者本人の場合には、下記についての記載は不要です。

申請者氏名	連絡先（自宅・携帯・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。