

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

秩父市長様

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	性別	男・女							
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（※）	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。									

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老齢福祉年金受給者									
	<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間 <u>80万円以下</u> です。（受給している年金に〇してください。以下に同じ。） ※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間 <u>80万円を超え、120万円以下</u> 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間 <u>120万円を超え</u> 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1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)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。