介護保険負担限度額認定申請書

□　新規　☑　更新

みやこ町長　様　　申請日　令和　○ 年　○ 月　○ 日

下記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の申請をします。

提出者	住所	〒　824　－　○○○○　TEL　0930-○○-×××× みやこ町○○□□番地　特別養護老人ホーム△△△△			
	フリガナ	フクオカ　イチロウ		本人との関係（　施設職員　）	
	氏名	福岡　一郎			
	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
	ミヤコ　タロウ	生年月日	明・大・(昭)　＊＊年　＊＊月　＊＊日		
	京都　太郎	性別	(男)　・　女		
	〒　824　－　0821　TEL　0930-32-○○○○ みやこ町勝山上田○○○番地				
入所（入院）先介護保険施設の名称及び所在地（※）	(入所)・ショート	入所年月日	○○　年　□□　月　△△　日		
	〒　824　－　○○○○　TEL　0930-○○-×××× みやこ町○○□□番地				
	名称	特別養護老人ホーム△△△△	※ ショートステイ利用の場合は太枠内の記入不要		
配偶者	特別養護老人ホーム△△△△　福岡　一郎				
	〒　824　－　○○○○　TEL　0930-○○-×××× みやこ町○○□□番地				
	(有)　・　無	※ 配偶者「無」の場合は、配偶者に関する事項は記入不要	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	
	ミヤコ　ハナコ	生年月日	明・大・(昭)　＊＊年　＊＊月　＊＊日		
	京都　花子	課税状況	市町村民税　課税　・　(非課税)		
	住所　〒　824　－　0821　TEL　0930-32-○○○○ みやこ町勝山上田○○○番地				
	1日現在の住所と異なる場合）　〒　＊＊＊　－　＊＊＊＊ ○○市□□1-2-3				

	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	②の場合の預貯金は、 **単身1，000万円、夫婦2，000万円以下**です。
○	③市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と【非課税年金】収入額の合計額が**年額80.9万円以下**です。	預貯金は、 **単身650万円、夫婦1，650万円以下**です。
	④市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と【非課税年金】収入額の合計額が**年額80.9万円を超え年額120万円以下**です。	預貯金は、 **単身550万円、夫婦1，550万円以下**です。
	⑤市町村民税世帯非課税者で、課税年金収入額と合計所得金額と【非課税年金】収入額の合計額が**年額120万円超**です。	預貯金は、 **単身500万円、夫婦1，500万円以下**です。
	※③～⑤に該当する第2号被保険者（40歳以上64歳以下）	預貯金は、 **単身1，000万円、夫婦2，000万円以下**です。

預貯金額	本人3,000,000 妻　1,500,000　計4,500,000　円	有価証券（評価概算額）	本人1,000,000 妻　1,500,000　計2,500,000　円
その他（現金など）	本人　800,000 妻　200,000　計1,000,000　円	負債	借入金　2,000,000　円

入所かショートのいずれかに○。ショートステイの利用の場合は太枠内の記入不要。

配偶者「有」の場合に記入。配偶者には世帯分離をしている配偶者又は内縁関係者を含む。

該当する箇所にチェックを入れる。わからない場合は未記入。

全ての欄に記入。ない場合は０を記入。

注意事項

※この申請書における、「配偶者」には世帯分離をしている配偶者又は内縁関係者の者を含みます。

※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。書ききれない場合は余白に記入するか、別紙に記入の上添付してください。

※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、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倍までの加算金を返還していただくことがあります。