

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	〒 - TEL												
	フリガナ													
	氏名	本人との関係 ()												
被保険者番号						個人番号								
フリガナ						生年月日	大・昭		年		月		日	
被保険者氏名						性別	男 ・ 女							
住所		〒 - TEL												
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						
	〒 - TEL													
	名称						※ ショートステイ利用の場合は太枠内の記入不要							
決定通知書の送付先	氏名(宛名)													
	住所	〒 - TEL												
配偶者(※)の有無		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						
配偶者に関する事項	フリガナ					生年月日	大・昭		年		月		日	
	配偶者氏名					課税状況	市町村民税		課税		・ 非課税			
	住所	〒 - TEL												
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	〒 -												
収入等に関する申告	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。											
預貯金等に関する申告	預貯金額	円			有価証券(評価概算額)	円								
	その他(現金など)	円			負債	円								

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。