

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 〇年 〇月 〇日

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 - 〇〇〇〇 TEL 0930-〇〇-××××	
	フリガナ	みやこ町〇〇〇〇番地 特別養護老人ホーム△△△△	
	氏名	福岡 一郎	本人との関係 (施設職員)
入所(入院)先介護保険施設の名称及び所在地(※)	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	0930-32-〇〇〇〇
	みやこ町勝山上田〇〇〇番地		
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	平成 〇〇年 〇〇月 △△日
	〒 824 - 〇〇〇〇	TEL	0930-〇〇-××××
	みやこ町〇〇〇〇番地		※ ショートステイ利用の場合は太枠内の記入不要
	名称	特別養護老人ホーム△△△△	
	特別養護老人ホーム△△△△ 福岡 一郎		
	〒 824 - 〇〇〇〇	TEL	0930-〇〇-××××
	みやこ町〇〇〇〇番地		
関係者(配偶者)	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		
	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
	〒 824 - 0821	TEL	0930-32-〇〇〇〇
	みやこ町勝山上田〇〇〇番地		
1日現在の住所と異なる場合)	〒 *** - ****	〇〇市〇〇〇1-2-3	
	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		
関係する中	○ 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。		
	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120万円以下です。預貯金は単身550万円、夫婦1,550万円以下です。		
	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120万円以上です。預貯金は単身500万円、夫婦1,500万円以下です。		
関係する	預貯金額	本人3,000,000 円 妻 1,500,000 計4,500,000 円	有価証券(評価概算額) 本人1,000,000 円 妻 1,500,000 計2,500,000 円
	その他(現金など)	本人 800,000 円 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。