

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	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者													
	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。													
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。