

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 阿賀町長

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	0	0	0												
被保険者氏名	(印)					個人番号															
						性別	男 ・ 女														
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																				
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					<small>(※)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。</small>															

配偶者の有無	有 ・ 無					<small>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。</small>																
配偶者に関する事項	フリガナ																					
	氏 名						個人番号															
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																				
	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"/>	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														
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○をしてください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 <small>※寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small>										受給している全ての年金の保険者に○をしてください 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済				
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○をしてください) 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。														
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり														
	預貯金額					有価証券 (評価概算額)					その他 (現金・負債を含む)	()※				

0

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、世帯分離している配偶者又は内縁関係者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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。