

介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

令和 年 月 日

(申請先) 長崎県東彼杵郡川棚町長 様

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	3	2	2	0	0				
被保険者氏名		個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女								
住所	〒 長崎県東彼杵郡川棚町 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(※)	平・令 年 月 日	(※)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									

配偶者の有無 有 ・ 無 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。

配偶者に関する事項	フリガナ		個人番号								
	配偶者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日							
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 〒 連絡先									
	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	<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	預貯金等の基準額	1000万円(夫婦は2000万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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。(受給している年金に〇してください) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。		650万円(夫婦は1650万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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120万円以下です。(受給している年金に〇してください)		550万円(夫婦は1550万円)以下			
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、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120万円を超えます。(受給している年金に〇してください)		500万円(夫婦は1500万円)以下			
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は上記基準額以下です。 ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり					
		預貯金額	円	有価証券	円	現金・負債	円

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		本人との関係	連絡先(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所			

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 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。
- 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。