

記入例

介護保険負担限度額認定申請書
(特養・老健・療養・短期)

令和 年度

(申請先)

年 月 日 ①

日の出町長

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。

②

フリガナ	ヒノデ タロウ	被保険者番号	
被保険者氏名	日の出 太郎	個人番号	
生年月日	明・大・昭 〇年 △月 □日	性別	

③

住所 日の出町平井2780番地 連絡先

④

入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) 日の出町平井××番地 〇〇ホーム 連絡先

入所(院)年月日(※) 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (※) 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。

⑤

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。

フリガナ	ヒノデ ハナコ
氏名	日の出 花子
生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日 個人番号
住所	日の出町平井2780番地 連絡先
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	●●市〇〇1-2-3
課税状況	市町村民税 課税 (非課税)

⑥

収入等に関する申告

①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

②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇して下さい。以下同じ)
※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。

③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。

④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。

⑦

預貯金等に関する申告

※通帳等の写しは別添

預貯金額 310 円 有価証券(評価概算額) 100 円 その他(現金・負債を含む) (0) 円 ※

※内容をご記入してください

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。

⑧

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

- 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。