

介護保険負担限度額認定申請書 (特養・老健・療養・短期)

(申請先) 日の出町長

平成 年 月 日

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											
被保険者氏名	印		性別	男 ・ 女										
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日													
住 所	連絡先													
介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 連絡先 () -													
入 所 する 居室の種別	1 ユニット型個室			3 従来型個室										
	2 ユニット型準個室			4 多床室										
入 所（院） 年月日（※）	昭・平 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											
	氏 名											
	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	市町村住民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税である高齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	市町村住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の合計額が年額80万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	市町村住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	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債を含む)	() ※ 円					

※内容を記入してください

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。

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) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。