

# 介護保険負担限度額認定申請書

北広島町長 様

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて、食費・住居費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		保険者番号	3 4 3 6 9 9			
被保険者氏名	㊦	被保険者番号	0	0	0	0
		個人番号				
		性別	男 ・ 女			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日		
住所	〒731- 北広島町		電話			
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称	〒		電話			
入所（院）年月日	昭和・平成	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、記入不要です。					
配偶者に関する事項	フリガナ						
	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	個人番号	
	住所	〒		電話			
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒		電話			
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、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>（受給している年金に〇してください）</small>				受給している全ての年金の保険者に〇して下さい  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、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。 <small>（受給している年金に〇してください）</small>				
預貯金等に関する申告 （夫婦合計）	<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、下記について記入は不要です。

申請者氏名	電話（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。

