

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

淡路市長 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をします。

| | | | |
|--------------------------|---|--------|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| | (印) | 性別 | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| 住 所 | 〒 淡路市 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(※) | (※) 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、記入は不要です。 | | |

| | | | |
|-----------|------------------------|--|--|
| 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・平 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、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、下記については記載は不要です。

| | |
|------------|--------------|
| 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、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (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、**通帳等の写しを添付してください。**
- (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。

※ 裏面に「同意書」がありますので、必要事項を記入・押印してください。

