

# 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<br>被保険者氏名           |   | 被保険者番号 |     |
|                          |   | 個人番号   |     |
| 生年月日                     | 明・大・昭 年 月 日   | 性別     | 男 女 |
| 住 所                      | 〒 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                            | 個人番号 |
|           | 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"/> | ①生活保護受給者/②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"/> | 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80万円以下です。(受給している年金に○して下さい。以下同じ)<br>※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。                        |             |   |               |
|            | <input type="checkbox"/> | 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80万円を超え、120万円以下です。   |             |   |               |
|            | <input type="checkbox"/> | ⑤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。  |             |   |               |
| 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②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 |             |   |               |
|            | 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) |

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<br>〒 | 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、必要事項を記入してください。

