

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先) えびの市長

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。

フリガナ			被保険者番号							
被保険者氏名			個人番号							
生年月日	年 月 日									
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 （※）	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	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。								
	<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 ※通帳等の写しは別添	<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。 ※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)	()※ 円	※内容を記入して下さい			

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) 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。
- (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。

(見本)

介護

施設入所者及びショートステイを利用されている方の氏名・フリガナ・生年月日・住所・電話番号・マイナンバー(個人番号)・被保険者番号をご記入下さい。
※被保険者番号とは介護保険証に記載されている10桁の番号になります。

年 月 日

(宛先) えびの市長

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。

フリガナ	エビノ タロウ		被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
被保険者氏名	えびの 太郎		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生年月日	昭和 99年 9月 9日													
住所	えびの市大字栗下1292番地						連絡先 0984-35-1111							
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	施設入所者及びショートステイを利用されている方の配偶者(夫又は妻)をご記入ください。氏名・フリガナ・生年月日・マイナンバー(個人番号)・市民税の課税状況をご記入下さい。													
入所(院)年月日(※)	年 月		場合及び記入不要です。											

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	エビノ ハナコ																
	氏名	えびの 花子																
	生年月日	昭和 98年 9月 8日						個人番号	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	住所	えびの市大字栗下1292番地						連絡先 0984-35-1111										
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	令和4年1月1日時点の住所が上記の住所と変更が無い場合は記入不要です。																
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。												
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	<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。												
	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)を超えます。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)のみです。												
		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)	()*	円	※内容を記入して下さい					

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	えびの 二郎	連絡先(自宅・勤務先)	0984-35-1111
申請者住所	えびの市大字栗下1292番地	本人との関係	息子

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。
- (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。