

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

白石市長 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します。

フリガナ			保険者番号	0	4	2	0	6	9	
被保険者氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	年	月	日							
住 所	〒									
			電話番号							
入所（院）した 介護保険施設 の所在地及び 名称（※）	〒									
			電話番号							
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	〒								
				電話番号						
	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高齢福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> ③市町村民税世帯非課税であって、 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) ※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80万円超120万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい)									
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税であって、 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。 (受給している年金に〇して下さい)									
	<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。									
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	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	電話番号
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。

【白石市記入欄】

申請者確認	審 査	決 定	交付年月日	利用者負担段階		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()	本人世帯	認定・却下	年 月 日	1・2・3①・3②・非該当		
	配偶者					
	資産					
確認	適用期間					
<input type="checkbox"/> 通帳等の写し	年 月 日	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係
<input type="checkbox"/> 同意書	～ 年 月 日					