

(別紙)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

枕崎市長 殿

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		⑩	個人番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男	・	女												
住所	〒 連絡先(電話)																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒																			
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	明・大・昭	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・預貯金等に関する申告				対象者が65歳以上の場合 預貯金額(夫婦の場合)				受給している全ての年金保険者に○してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済	
※ 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"/>	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			1,000万円 (2,000万円)以下					
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者	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。			650万円 (1,650万円)以下				
<input type="checkbox"/>		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80万円超120万円以下です。			550万円 (1,550万円)以下				
<input type="checkbox"/>		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120万円超です。			500万円 (1,500万円)以下				
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	

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

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

- 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。
- 65歳未満(第2号被保険者)の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下となります。
- 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。