介護保険負担限度額認定申請書

下郷町長様

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。

年

月

日

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。

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。

DBH87002

申請者氏名

連絡先（自宅・勤務先）

申請者住所

本人との関係

収 入 等 に 関 す る 申 告

□ 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

市町村民税世帯非課税者であって、**（受給している年金に○してください）**

□ 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。

※ 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。

受給している全て の年金の保険者に

。 ○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

市町村民税世帯非課税者であって、**（受給している年金に○してください）**

□ 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80万円を超えます。。

預 貯 金 等 に 関 す る 申 告

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

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

フ リ ガ ナ

被保険者番号

被保険者氏名

㊞

個人番号

生 年 月 日

性 別

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（※）

昭 ・ 平 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。