

負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

京丹波町長 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。

フリガナ			保険者番号										
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	〒 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	☐ 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 ☐ 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。 ☐ 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。 ☐ 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	☐ 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 (預金・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。
- 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。