

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

宮崎県日南市長

次のとおり関係書類を添えて、食事・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

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	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 （※）	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	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／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"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、 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。（受給している年金に○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。							
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税非課税者であって、 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"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 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120万円を超えます。							
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円（夫婦は2000万円）、②の方 は、650万円（同1650万円）、③の方は550万円（同1550万円）、④の方は 500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者の場合、①～④の方は1000万円（夫婦は2000万円）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	連絡先（自宅・連絡先）
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。