

介護保険負担限度額認定申請書

申請日は記入不要です

(申請先)  
宮崎県日南市長

年 月 日

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。

|                                  |                                                                                   |                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ                             | カイゴ タロウ                                                                           | 被保険者番号                                                | 4 | 3 | 5 | 4 | 8 | 9 | 7 | 2 | 0 | 0 |
| 被保険者氏名                           | 介護 太郎                                                                             | 個人番号                                                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 生 年 月 日                          | 昭和25年 5月 15日                                                                      | 性 別                                                   | 男 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住 所                              | 日南市中央通1-1-1<br>連絡先 0987-31-1111                                                   |                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称（※） | 日南市中央通1丁目<br>介護支援センター<br>連絡先<br>ショートステイ利用の場合は、入所施設名称のあとに<br>「」書きでショートステイとご記入ください。 |                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）年月日<br>（※）                  | 年 月 日                                                                             | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び<br>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」<br>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<br>現在の住所<br>（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老齢福祉年金受給者                                                                                                                       |                 |   |                   |   |               |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>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。）<br>※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"/> | ④市町村民税非課税者であって、<br>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<br>合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。                                                                    |                 |   |                   |   |               |  |  |  |  |  |
|            | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>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②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は、<br>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）<br>以下です。<br>※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下。 |                 |   |                   |   |               |  |  |  |  |  |
|            | 預貯金額                     | 円                                                                                                                                                      | 有価証券<br>（評価概算額） | 円 | その他<br>（現金・負債を含む） | 円 | ※内容を記入してください。 |  |  |  |  |  |

金額の記入をお願いします

※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。