

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(宛先)美唄市長

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	0	1	2	1	5	3		
被保険者氏名				被保険者番号								
生年月日	年 月 日			個人番号								
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 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つて、 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 9,000円以下です。 <small>(受給している年金に○して下さい。以下同じ。)</small> <small>※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。</small>											
	<input type="checkbox"/> ④市町村民税世帯非課税者であつて、 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 9,000円以下を超える、120万円以下です。											
	<input type="checkbox"/> ⑤市町村民税世帯非課税者であつて、 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 円を超える。											
	預貯金等に する申告 ※通帳等の添 写	<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。 <small>※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。</small>										
		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・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、その全てを記入し、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。