

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

中川村長様

申請年月日をご記入ください。

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。

本人に関する記入欄

フリガナ 被保険者氏名	ナカガワ タロウ 中川 太郎	被保険者番号	0070000000
生年月日	昭和16年 1月 1日	個人番号	000000000000
住 所	〒399 - 3801 中川村大草4045番地 1	性別	男 女
住所	〒399 - 3801 中川村大草4045番地 1	連絡先	0265 - 88 - x x x x
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（※）			

・同一世帯でない配偶者  
・婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある方(内縁関係)も「有」になります。

配偶者に関する事項

配偶者の有無	有	無	ては、記載不要です。
フリガナ 氏 名	ナカガワ ハナコ 中川 花子		
生年月日	昭和17年1月1日	個人番号	000000000000
住 所	〒399 - 3801 中川村大草4045番地 1	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

1月1日現在の住所が上記と異なる場合のみ記入してください。

配偶者の課税状況についてどちらかにをつけてください。

本人の収入等に関してご記入ください。

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、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。） ※ 遺族年金、介護年金、母子年金、児童年金、遺児年金を含みます。以下同じ。
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	④市町村民税課税者であって、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 checked="" type="checkbox"/>	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	<input checked="" 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。 ※第2号被保険者（40歳未満）の収入は別添
	預貯金額	5,000,000 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	

収入・預貯金等について該当するものにシ点を付けてください。

通帳等の写しを添付してください。配偶者「有」の方は、配偶者名義の通帳等の写しも添付してください。

預貯金等に関する申告欄は、本人と配偶者の預貯金等の合計をご記入ください。

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

本人以外の方が申請する場合ご記入ください。  
居宅介護支援事業所等の事業所が申請する場合は、申請者氏名欄に事業所名と担当ケアマネージャー氏名等、申請者住所欄に事業所等の住所をご記入ください。  
成年後見人はこの欄は記入不要です。被保険者氏名欄の余白に「成年後見人」と記名・押印してください。

- 注意事項
- この申請書に添付してください。
  - 預貯金等に関する申告欄に、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。

含みます。通帳等の写し

※裏面,同意書を必ず記載してください⇒

