（別紙）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

市（町村）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		被保険者番号	
被保険者氏名	㊞	個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男・女
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（※）	昭・平　　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	明・大・昭　　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	□	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	
	□	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） ※　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。	受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	□	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80万円を超えます。（受給している年金に○して下さい）	
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	

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 ※内容を記入して下さい

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

(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。