

(表面)
介護保険負担限度額認定申請書

令和2年1月1日

(申請先)

須賀川市長

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の申請をします。

フリガナ	カイゴ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
被保険者氏名	介護 太郎	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生年月日	S9年 1月 1日	性別	男・女									
住所	〒962-8601 須賀川市八幡町135 電話番号 75-1111											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号											
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	カイゴ ハナコ										
	氏名	介護 花子										
	生年月日	S9年 2月 2日	個人番号									
	住所	〒962-8601 須賀川市八幡町135 電話番号 75-1111										
	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"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	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O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。										
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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80万円を越えます。(受給している年金にOして下さい)										
	<input checked="" type="checkbox"/>	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、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり										
	預貯金額	400万円	有価証券(評価概算額)	0円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※50万円 ※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	須賀川 一郎	電話番号	(自宅) 勤務先 88-8117
申請者住所	同上	本人との関係	子

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ものを含みます。
- (2)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (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。

※裏面の同意書にもご記入及び押印をお願いいたします。
(裏面)

同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。

令和2年 1月 1日

<本人>

住 所 須賀川市八幡町135

氏 名 介護 太郎

印

<配偶者>

住 所 須賀川市八幡町135

氏 名 介護 花子

印

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	