

(別紙)

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(申請先)

枕崎市長 殿

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(電話)												
入所(院)した 介護保険施設の 所在地及び名称 (※)	〒												
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	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・預貯金等に関する申告 ※ 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。			対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）		受給している全ての 年金保険者に○ してください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
☐	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		1,000万円 (2,000万円) 以下		
☐	市町村 民税世 帯非課 税者	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80.9万円以下です。	650万円 (1,650万円) 以下		
☐		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80.9万円超120万円以下です。	550万円 (1,550万円) 以下		
☐		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120万円超です。	500万円 (1,500万円) 以下		
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

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり

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。
- 65歳未満（第2号被保険者）の方は、段階にかかわらず預貯金等資産要件は単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下となります。
- 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、そのすべてを記入し、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。