（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82.65万円以下です。	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82.65万円超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

(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)　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。

(3)　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。

(4)　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。

(5)　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。