

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

開成町長

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	印		個人番号															
生年月日	明・大・昭		年	月		日		性別	男・女									
住所	神奈川県足柄上郡開成町																	
	連絡先																	
入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※）	(所在地)																	
	(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										

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	神奈川県足柄上郡開成町																	
		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の合計額が年額80万円以下です。										
	☐	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の合計額が年額80万円を超えます。										
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

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。