

【表面】

年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

龍ヶ崎市長 様

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 被保険者氏名	被保険者番号																			
	個人番号																			
	生年月日		明・大・昭 年 月 日																	
住 所	〒 電話番号																			
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		配偶者の有無が「無」の場合、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											個人番号										
	住 所	〒 電話番号																				
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 電話番号																				
課税状況		市町村民税 課税 ・ 非課税 ←該当するほうに○をつけてください。																				

収入等に関する申告	☐	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82,650万円以下です。（受給している年金に○してください。）※寡婦年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。																		
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額82,650万円を超え、120万円以下です。																		
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※ ・ 障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。																		
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下の場合）、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																		
	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、以下の記載は不要です。

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、その全てを記入し、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。