

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

(宛先)
津市長

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		
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（※）		（※）ショートステイの利用など介護保険施設に入所（院）していない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	〒	電話番号	被保険者及び配偶者の受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私立共済 企業年金連合会 農業者年金基金 その他（ ） 上記の年金について、それぞれの最新の入金がかかるような通帳の写しの添付をお願いします。
	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		預貯金等に関する申告	
<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／第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）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。以下同じ。
<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80.9万円以下です。	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。
<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80.9万円超120万円以下です。	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。
<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120万円を超えます。	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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
※内容を記入して下さい					

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	電話番号
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。
- 「預貯金額」については、被保険者名義及びその配偶者名義の預貯金口座全てをご準備いただき、それぞれの通帳の申請日時点での最終残高を足した額を記入してください。申請直前での記帳に協力をお願いします。
※ ①口座名義人・口座番号・支店番号・支店名が分かる頁、②直近2ヶ月分の動きと最終残高が分かる頁、③定期預金の総額が分かる頁の写しの添付をお願いします。総合口座の定期については、記載が無くても写しの添付をお願いします。
- 「有価証券」については、被保険者またはその配偶者の名義の評価概算額の全てが分かるものの添付をお願いします。
- 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。
- 生活保護受給者の申請には添付書類は不要です。

	申請	本人・代理 / 郵送
確認物	1点	運・障・個・居・他 ()
	2点	健保・介保・年手・年証・他 ()
	(民間のみは不可)	社員証・他 ()