

## 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

伊豆の国市長 宛

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										

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 (※)			(※)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			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												
------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

収入等に する申告	<input type="checkbox"/>	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												
	<input type="checkbox"/>	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 80.9 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、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。												
	<input type="checkbox"/>	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 80.9 万円を超える、120 万円以下です。												
	<input type="checkbox"/>	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 万円を超える。												

預貯金等に する申告 ※通帳等の写し は別添	<input type="checkbox"/>	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。