

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

余市町長 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																				
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先																				
入所(院)年月日(※)	昭・平・令	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																	

収入等に関する申告	非課税年金受給の有無	有 (遺族年金/障害年金) ・ 無		世帯の市町村民税課税状況	課税 ・ 非課税														
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者																	
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円以下かつ預貯金額の合計が 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、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額 80 万円を超え、120 万円以下かつ預貯金額の合計が 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、年金収入額とその他の合計所得金額の合計額が年額 120 万円を超え、かつ預貯金額の合計が 500 万円 (夫婦は 1,500 万円) 以下です。																	
預貯金額 (普通・定期等)		有価証券(評価概算額)		その他 (現金・負債等) [ 内容 : ]															
円		円		円															

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

※裏面の注意事項もご確認ください。

【 以下、余市町記入欄 】

課税状況	課税 ・ 非課税	入力
限度額段階	1 ・ 2 ・ 3① ・ 3②	
預貯金額	650 万円(1,650 万円)以下 ・ 550 万円(1,550 万円)以下 ・ 500 万円(1,500 万円)以下	確認
決定事項	承認 ・ 不承認	

#### 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、通帳等を複数保有している場合は、そのすべての合計金額を記入し、そのすべての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。