

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

筑紫野市長

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										
被保険者氏名	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日					性別	男・女			
住 所	電話番号									
利用するサービス	介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・ショートステイ									
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(※)	昭・平 年 月 日					(※)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							
	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)								
	課税状況	市町村民税		課税		・ 非課税			

収入等に関する申告	<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							
	<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の合計額が年額 80 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	<input type="checkbox"/>	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。

市記入欄

交付年月日	市処理欄	
年 月 日交付	○ 生 ・ 滞 ・ 老 有 ・ 無 夫婦 ・ 単身	・ 第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階
適用年月日	○資産額合計 2000万以下 1000万以下	・ 非 該 当
年 月 日から	○世帯 人 住特 ・ 課 税 ( ) ・ 非課税	理由( ) 確認事項あり
有効期限	○本人年金収入+合計所得金額	・ 課税情報無し ・ ( )
年 月 日まで	○配偶者 ・ 課税 ・ 非課税	境界層該当 有 ・ 無