

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 木古内町長

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	
		個人番号	
被保険者氏名	印	性別	男・女
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	〒	電話 - -	
入所(院)した 介護保険施設の所在地および名称	〒	電話 - -	
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	※世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の場合は「有」として記載してください。 ※左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。		
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号		
	氏名	印	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒	電話 - -	
	本年1月1日現在の住所	(上記住所と異なる場合のみ記入してください) 〒		
	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				
	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

※「現金」「負債」の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(事業所が提出する場合、事業所名及び所在地)	本人との関係

注意事項

- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付してください。
- 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。
- 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。

【木古内町記入欄】

生活保護受給者	該当・非該当	老齢福祉年金受給	あり・なし	境界層該当	あり・なし
市民税課税状況	本人	世帯	配偶者	預貯金等	超過・範囲内
	課・非	課・非	課・非	決定区分	
有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	1・2・3・4	
認定年月日	年 月 日			受付 入力 確認	