

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

安城市長

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	
生 年 月 日	年 月 日	個 人 番 号	
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 （※）	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、次の「配偶者に関する事項」 については、記入不要です。	
配偶者 に 関 する 事 項	フリガナ 氏 名			
	生 年 月 日	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	☐	①生活保護受給者／第2号被保険者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者				
	☐	②市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額82,65万円以下 です。 (受給している年金に○を付けてください。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。				
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額82,65万円を超え、120万円以下 です。				
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額120万円を超え ます。				
預貯金等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、①に該当する方は1,000万円（2,000万円）、②に該当する 方は650万円（1,650万円）、③に該当する方は550万円（1,550万円）、④に該当する方 は500万円（1,500万円）以下です。※配偶者がある場合は、本人及び配偶者の預貯金、有価証券等 の金額の合計が、それぞれ（ ）内の金額以下です。				
	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は、次の欄については、記入不要です。

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) 書ききれない場合は、余白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、
支給した額の全額及び最大その2倍の加算金を徴収することがあります。
- ※市町村民税課税世帯の人について申請する場合は、収入申告書（別紙様式）とそれらを証明する書類・施設との契約書等の写しを添付してください。