

介護保険負担限度額認定申請書

令和 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	アンジョウ タロウ 安城 太郎	被保険者番号	0000012345
生年月日	昭和12年 3月 4日	個人番号	
住所	〒 446-8501 安城市桜町18番23号 連絡先 (0566) 71-2226		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	施設に入所(院)している場合のみ記入してください 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、以下の「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	アンジョウ ハナコ 安城 花子		
	生年月日	昭和23年 4月 5日	個人番号	
	住所	〒446-8501 安城市桜町18番23号 連絡先 (0566) 71-2226		
	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 <u>年額82,650万円以下</u> 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 <u>年額82,650万円を超え、120万円以下</u> 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 <u>年額120万円を超え</u> 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	987,654円	有価証券(評価概算額)	54,321円	その他(現金・負債を含む。)	(現金) 100,000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、下記については、記入不要です。

申請者氏名	アンジョウ ハナコ 安城 花子	連絡先(自宅・勤務先)	(0566) 71-2226
申請者住所	〒446-0042 安城市桜町18番23号	本人との関係	妻

注意事項

- 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。
- 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。
- 書き切れない場合は、余白又は別紙に記入の上添付してください。
- 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。