

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

輪島市長

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 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した 介護保険施設 | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※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。 |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、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 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> ① 生活保護/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ② 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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80.9 万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ③ 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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額 80.9 万円を超 120 万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ④ 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と【遺族年金・障害年金】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 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が次の基準額以下です。 <input type="checkbox"/> ①1,000 万円以下 <input type="checkbox"/> ②650 万円以下 <input type="checkbox"/> ③550 万円以下 <input type="checkbox"/> ④500 万円以下 ※配偶者がいる場合はそれぞれ 1,000 万円を加算した金額以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額(定期預金等含む) | 有価証券(評価概算額) | その他(現金・負債等) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 円 | 円 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|----|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者 | 住所 | | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 被保険者との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- 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。

