

負担限度額認定申請書

年 月 日

南宇和郡愛南町長 様

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		保険者番号											
被保険者氏名		被保険者番号											
		個人番号											
生年月日		性別											
住所		〒 連絡先											
入所（院）した施設及び 介護保険施設名称（※）		〒 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。 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。									
配偶者の有無		有 ・ 無											
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／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者												
	☐ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円以下です。 （受給している年金に○してください。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。												
	☐ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。												
	☐ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。												
預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添	☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。 ※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）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

- 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、余白に記入し、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。