

収受日(市記載欄)

令和 年 月 日

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

長浜市長 あて

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				
生年月日	大口・昭口・平口	年 月 日	個人番号	
住所	〒			電話番号
入所（院）した 介護保険施設の 種類、所在地及び 名称	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他（ショートステイ・入所予定・その他施設）			
	所在地			
名 称				
入所（院）年月日	令和 年 月 日			※ショートステイ（短期入所）、入所予定、その他施設の場合は、所在地、名称、入所年月日については、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	個人番号		
	氏 名	生年月日	大口・昭口・平口	年 月 日
	住 所	電話番号		
	本年1月1日 現在の住所	(現住所と異なる場合のみ記入)		
	市町村民税 の課税状況	課税 · 非課税		

			預貯金等の基準額		
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 1	生活保護受給者等	1,000万円(夫婦は2,000万円)以下		
	<input type="checkbox"/> 2	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と	年額80万円以下	650万円(夫婦は1,650万円)以下	
	<input type="checkbox"/> 3①	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金	年額80万円を超える120万円以下	550万円(夫婦は1,550万円)以下	
	<input type="checkbox"/> 3②		年額120万円を超える	500万円(夫婦は1,500万円)以下	
	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
預貯金等に関する申告			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

申請者氏名	(申請者が被保険者と異なる場合のみ記入)			電話番号
申請者住所				被保険者との続柄

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方を含みます。
- (2) 第2号被保険者に係る預貯金等の基準額については、一律1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。
- (3) 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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 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。
- (5) 虚偽の申告により不正に軽減を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、軽減された額及び最大2倍の加算金を納付していただくことがあります。