

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			
被保険者氏名			被保険者番号
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		※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。
	名 称		
入所（院）年月日	令和 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	<div><input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金</div> の収入額の合計が	年額 80万円を超え 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			
預貯金等に関する申告		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。