

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		性別		男 ・ 女										
住 所	〒 連絡先														
入所(院)した 介護保険施設 の所在地及び 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。												

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、記載不要です。																					
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																							
	その他特記事項																								

収入等に関する申告	☐ 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者						
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○してください) 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 <u>年額80万円以下</u> です。					受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
		※ 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。					
預貯金等に関する申告	☐	市町村民税世帯非課税者であって、(受給している年金に○してください) 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 <u>年額80万円を超えます</u> 。					
		☐ 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)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
							※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

- (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者を含みます。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。