

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

塩竈市長 殿

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	明・大・昭	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（※）	昭・平・令	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	明・大・昭	年		月		日		個人番号												
	住所	〒										連絡先 ( )									
	(本年1月1日時点の住所)※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	<input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者・生活保護受給者																						
	市町村民税世帯非課税者であり、課税年金収入額と年金以外の合計所得金額※①と【遺族年金※②・障害年金】収入額の合計額が																						
	<input type="checkbox"/> 80万円以下							<input type="checkbox"/> 80万円超～120万円以下							<input type="checkbox"/> 120万円超								
	※①合計所得金額は、地方税法上の合計所得金額（収入から必要経費を控除した額）から譲渡所得に係る特別控除額を差し引いた金額です ※②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。																						
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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。																						
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。																						
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。																						
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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					

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、そのすべてを記入し、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。