

# 負担限度額認定申請書

吉野郡十津川村長 様

年 月 日

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	2	9	4	4	9	6
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(※) の名称	〒		連絡先						
入所(院)年月日(※)	年 月 日		<small>(※)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。</small>						
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	<input type="checkbox"/> 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								
	<input type="checkbox"/> 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80万円以下です。 <small>(受給している年金に〇して下さい。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。</small>		受給している全ての年金の保険者に〇して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済						
	<input type="checkbox"/> 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80万円を超え、120万円以下です。								
	<input type="checkbox"/> 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の※通帳等は別写し	<input type="checkbox"/> 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
			<small>※内容を記入してください</small>						

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。