

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先)

年 月 日

古河市長 様

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<br>被保険者氏名                       | 被保険者番号  |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 個人番号    |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      | 生 年 月 日 |  | 昭和 年 月 日                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                  | 電話番号    |  |                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)した<br>介護保険施設の<br>所在地及び名称<br>(※) | 〒       |  | 電話番号                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所(院)年月日<br>(※)                      | 年 月 日   |  | (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び<br>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          |  | 配偶者の有無が「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」<br>については、記載不要です。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ<br>氏 名                        |                |  |                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 生年月日                               | 年 月 日          |  | 個人番号                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 住 所                                | 〒              |  | 電話番号                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 本年1月1日<br>現在の住所<br>(現住所と<br>異なる場合) | 〒              |  | 電話番号                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 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高齢福祉年金受給者                                                                                                                                           |                 |   |                       |           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | <input type="checkbox"/> | ③市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額82.65万円以下です。(受給している年金に○してください)<br>※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。                                |                 |   |                       |           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | <input type="checkbox"/> | ④市町村民税世帯非課税者であって、<br>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<br>年額82.65万円を超え、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、<br>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<br>年額120万円を超えます。                                                                                             |                 |   |                       |           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 預貯金等に関する申告<br>※通帳等の写し<br>は別添 | <input type="checkbox"/> | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、<br>③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、<br>⑤の方は500万円(同1,500万円)以下です。<br>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。 |                 |   |                       |           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | 預貯金額                     | 円                                                                                                                                                                          | 有価証券<br>(評価概算額) | 円 | その他<br>(現金・負債を<br>含む) | ( )※<br>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、以下の記載は不要です。

|            |             |
|------------|-------------|
| 申請者氏名      | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 申請者住所<br>〒 | 本人との関係      |

## 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、その全てを記入し、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。