

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

葛城市長 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											被保険者番号											
被保険者氏名	㊞										個人番号											
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別		男 ・ 女															
住 所	〒										電話番号											
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒										電話番号											
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は不要です。											

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、記入不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ																				
	氏 名																				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	個人番号															
	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)																				
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"/>	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										
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。 ※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。										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
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。										
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											電話番号									
申請者住所											被保険者との関係									

**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、同じ種類の預貯金を複数所有している場合は、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。