

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

亀岡市長 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		保険者番号		2		6		2		0		6		3			
被保険者氏名		被保険者番号		0		0		0		0							
		個人番号															
生年月日		明・大・昭		年		月		日									
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	明・大・昭		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	☐ 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																
	☐ 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80.9万円以下です。（受給している年金に○してください。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。																
	☐ 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80.9万円を超え、120万円以下です。																
	☐ 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	☐ 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							

※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

- 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ものを含みます。
 - 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。