

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 河内長野市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度認定の申請をします。

| | | | | | |
|-------------------|-------------|---------------------------------------|--------|-----|--|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | |
| 被保険者氏名 | 印 | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | 性別 | 男・女 | |
| 住所 | 連絡先 | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称() | 連絡先 | | | | |
| 入所(入院)年月日() | 平成 年 月 日 | 介護保険施設へ入所(入院)しない場合及びショート利用の場合、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・大・昭 年 月 日 | | | |
| | 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 | 住民税 課税 | ・ | 非課税 | |

| | | | | | | |
|------------|--|---|-------------|---|---------------|---------------------|
| 収入等に関する申告 | 生活保護受給者 / 住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| | 住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。(受給している年金に して下さい) <small>寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。</small> | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | 住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。(受給している年金に して下さい) | | | | | |
| | 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紙のとおり | | | | | |
| | 預貯金 | 円 | 有価証券(評価概算額) | 円 | その他(現金・負債を含む) | () 円 内容を記入して下さい |

代理で申請される場合

| | |
|-------|----------|
| 申請者氏名 | 連絡先 |
| 申請者住所 | 被保険者との関係 |

市(保険者)記入欄

| | |
|-------|---------|
| 交付年月日 | 利用者負担段階 |
| 年 月 日 | |
| 備考 | |

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳の写しを添付して下さい。
- (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。