

## 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 袋井市長 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。

<b>フリガナ</b>		<b>被保険者番号</b>	
<b>被保険者氏名</b>		<b>個人番号</b>	
<b>生年月日</b>	明・大・昭 年 月 日	<b>性別</b>	男・女
<b>住所</b>	〒 <span style="float: right;">電話番号 ( ) -</span>		
<b>介護保険施設の所在地及び名称(※)</b>	〒 <span style="float: right;">電話番号 ( ) -</span>		
<b>入所(院)年月日(※)</b>	年 月 日	(※)介護保険施設に入所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。	
<b>申請者氏名</b>			
<b>申請者住所</b>	〒		

<b>配偶者の有無</b>	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。		
<b>配偶者に関する事項</b>	<b>フリガナ</b>	<b>被保険者番号</b>		
	<b>氏名</b>	<b>個人番号</b>		
	<b>生年月日</b>	明・大・昭 年 月 日	<b>性別</b>	男・女
	<b>住所</b>	〒 <span style="float: right;">電話番号 ( ) -</span>		
	<b>本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)</b>	〒 <span style="float: right;">電話番号 ( ) -</span>		
	<b>課税状況</b>	市町村民税 課税 ・ 非課税		

<b>収入等に関する申告</b>	<b>非課税年金の有無</b>	有 (遺族年金/障害年金) ・ 無		<b>世帯の課税状況</b>	<input type="checkbox"/> 市町村民税 非課税	
	<b>年金収入額+前年の合計所得金額</b>	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/老齢福祉年金受給者			
		<input type="checkbox"/>	年額80万円以下かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下			
		<input type="checkbox"/>	年額80万円超120万円以下かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下			
		<input type="checkbox"/>	年額120万円超かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下			
<b>預貯金額(普通・定期等)</b>		<b>有価証券(評価概算額)</b>		<b>その他(現金・負債含む)</b>		

※内容を記入してください。

<本人以外が届け出する場合>

<b>届出人氏名</b>		<b>本人との関係</b>		<b>連絡先</b>	
--------------	--	---------------	--	------------	--

### 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も含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (3) 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、支給された額を返還していただくことがあります。