

大村市長様

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。

被 保 険 者 番 号												個 人 番 号											
フリガナ												生年月日	年 月 日										
被 保 険 者 氏 名	署名又は記名押印してください。											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載不要です。											

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												個 人 番 号												
	氏 名												生年月日	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)	〒 連絡先											課 税 状 況 (市町村民税)				課 税 ・ 非課税								

「収入等」及び「預貯金等」に関する申告	①	☐	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢年金受給者																				
		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下※1																				
	②	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金【遺族年金※2・障害年金】収入額及び合計所得金額の合計額が年額82万6千5百円以下																				
		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（同1,650万円）以下※1																				
	③	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金【遺族年金※2・障害年金】収入額及び合計所得金額の合計額が年額82万6千5百円を超え、120万円以下																				
		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（同1,550万円)以下※1																				
	④	☐	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金【遺族年金※2・障害年金】収入額及び合計所得金額の合計額が年額120万円を超える																				
		☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（同1,500万円）以下※1																				
	※1 第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下																						
	※2 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、及び遺児年金を含む。																						
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 ※内容を記載してください。					

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。

申請者氏名	連絡先
申請者住所	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) 各欄に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。

市記入欄			所 得	82万6千5百以下 ・ 120万以下 ・ 120万超	非課税世帯 ・ 課税世帯
			配 偶 者	有 ・ 無	非課税 ・ 課税
交付年月日	年 月 日	預 貯 金	有 ・ 無	① ② ③ ④	
適用年月日	年 月 日	生保・老福	有 ・ 無		
有効期限	年 月 日	判 定 結 果	1 ・ 2 ・ 3-1 ・ 3-2	非該当	