

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		性別	男 ・ 女
被保険者氏名	署名又は記名押印してください。	生年月日	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)	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	<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年金受給者				
		<input type="checkbox"/> 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	<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、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80万円以下				
		<input type="checkbox"/> 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	<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、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80万円を超え、120万円以下				
		<input type="checkbox"/> 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	<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、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				
		<input type="checkbox"/> 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	()※

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	80万以下 ・ 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	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