

負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

相馬郡飯館村長 様

次のとおり関係書類を添えて、負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号															
被保険者氏名	⑩		個人番号															
生年月日	大・昭	年	月	日	性別	男・女												
住所	〒 電話番号																	
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 電話番号																	
入所(院)年月日	平・令	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	大・昭	年	月	日	個人番号												
	住所	〒																
	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者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、その他の合計額が年額80.9万円以下です。(受給している全ての年金に○して下さい。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、その他の合計額が年額120万円を超えます。																		受給している全ての年金の保険者に○して下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
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1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同)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1,000万円以下(夫婦は2,000万円)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者を含みます。
- 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。