

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

羽咋郡志賀町長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費・住居費（滞在費）に係る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	印		個人番号						
生年月日	明・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(※)	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は不要です。					

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。						関
配偶者に関する事項	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	年	月	日	個人番号				
	住 所	電話番号( ) -							
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)								
	課税状態	市町村民税 課税 ・ 非課税							

収入等に関する申告	<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福祉年金受給者 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得額と課税年金収入額の合計額が年額80万円を超えます。								
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 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、下記については記載は不要です。

申請者氏名							電話番号
申請者住所							本人との関係

**注意事項**

- この申請における「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所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倍の加算を返還していただくことがあります。