

介護保険負担限度額認定申請書

諏訪広域連合長様

令和 ○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。

フリガナ	コウイキ タロウ	被保険者番号	0300000000			
被保険者氏名	広域 太郎	個人番号				
生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日					
住所	〒 391-0000 茅野市△△ ○○○○番地○	連絡先	0266-00-0000			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 392-0000 諏訪市△△ ○○○○番地○ 特別養護老人ホーム △△△△	連絡先	0266-00-0000			
入所(院)年月日(※)	令和 ○年 ○月 ○日	(※) 介護保険施設に入所(院)していない場合も必ず				
配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	<p>配偶者がいない場合は「無」を選択してください。別世帯・別住所に配偶者の方がお住まいの場合は「有」を選択し、必要事項を記入してください。</p>				
配偶者フリガナ	コウイキ ハナコ					
配偶者氏名	広域 花子					
配偶者生年月日	明・大・昭・平 ○年 ○月 ○日					
配偶者住所	茅野市△△ ○○○○番地○					
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		連絡先	0266-00-0000			
課税状況	市町村民税 課税 ・ <input checked="" type="radio"/> 非課税					
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である <input type="checkbox"/> 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(受給している年金に○してください。以下同様) <small>※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金</small> <input checked="" type="checkbox"/> 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、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 <input type="checkbox"/> 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、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。					
預貯金等に関する申告 <small>※通帳等の写しは別添</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 <small>※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。</small>					
	預貯金額	12,000,000 円	有価証券(評価概算額)	2,400,000 円	その他(現金・負債を含む)	(現金)※ 60,000 円

非課税年金を受給されている方は、その種類を選択してください。

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	広域 次郎	連絡先(自宅・勤務先)	0266-00-0000
申請者住所	茅野市△△ ○○○○番地○	本人との関係	子

申請者の本人確認ができるものをお持ちください。

預貯金額確認のため、被保険者および配偶者がお持ちの全ての通帳の写し(コピー)が必要です。通帳1冊につき、
 ①見開きの預金名義欄(銀行名や名義人が確認できるページ)
 ②直近2か月分の残高が分かるページ
 ③定期預金のページ
 をコピーし、添付してください。

- (3) 書き切れない場合は、余白に記入
 - (4) 虚偽の申告により不正に特定入所
- の規定に基づき、支給された額及び

注意：裏面もあります

