

※裏面も記入ください。

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

王寺町長 殿

証 確 認	交付：窓口・郵送（ / ）	担当者
	<本人確認>	
	書類名：	
	番号：	

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			被保険者番号													
被保険者氏名			個人番号													
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	年 月 日		個人番号											
	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 に 関 する 申 告	☐	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 かつ、預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦2,000万円）以下です。												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円以下です。 ※ 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。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が650万円（夫婦1,650万円）以下です。												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万9千円を超え120万円以下です。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が550万円（夫婦1,550万円）以下です。												
	☐	市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に〇して下さい） 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 かつ、預貯金、有価証券等の合計が500万円（夫婦1,500万円）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 ※内容を記入して下さい						

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。