

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 山県市長
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。
●年●月●日

フリガナ 被保険者氏名	ヤマガタ タロウ 山県 太郎	被保険者番号	●●●●●●●●●●
生 年 月 日	明・大・昭 ●年 ●月 ●日	個人番号	※※記入不要※※
住 所	〒●●●●-●●●● 山県市高木 1000-1	連絡先	●●●●-●●●●-●●●●
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	※施設入所されている場合は施設名も記入してください。 すでに記入されている場合、現在の利用状況と異なる場合は赤字でご記入ください。		
入所（院）年月日（※）	昭・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、記入不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ氏名	ヤマガタ ハナコ 山県 花子	
	生 年 月 日	明・大・昭 ●年 ●月 ●日	
	住 所	〒 配偶者の住所（被保険者と同様の場合は、「同上」） 連絡先	
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒 配偶者の住所と異なる場合のみ必ず記入してください	
	課 税 状 況	市民税 課税 ・ 非課税	

収入等に関する申告	☐	生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		預貯金等資産要件 単身で1,000万円以下※1		
	☐	※ 市民税世帯非課税者であって、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82.65万円以下です。（受給している年金に○してください）		受給している全	預貯金等資産要件	
	☐	市民収入して		収入について、4つの項目から1つを選び、受給している年金に○してください。 不明な場合は、無記入でも差し支えありません。		
	☐	市民収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○してください）			単身で500万円以下※1	
申告に預貯金等	☐	※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり				
	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）	()※2 円

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	山県 次郎	連絡先（自宅・勤務先・携帯）	●●●●-●●●●-●●●●
申請者住所	〒●●●●-●●●● 山県市高木 1000-1	本人との関係	子（被保険者から見た関係）

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。

(3) 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。

保険者確認欄	備 考	受 付	入 力	確 認
	※※※ 記入不要 ※※※※	※※※	※※※	※※※

裏面にも記入してください。

預貯金等に関する申告

○ 必要書類

- # 同意書

山 県 市 長 あて

●年 ●月 ●日

住所 山県市高木 1000-1
氏名 山県 太郎

記入している人が被保険者本人、配偶者と違う場合は、記入した人の名前と本人との関係を記入してください。

住所 山県市高木 1000-1
氏名 山県 花子

氏名 山 梟 次郎
続柄 (子)

受付 確認	本人	□個番	1 点	□運免 □個力 □パス □障手 □在力								確認者
			2 点	□健保 □介保 □負証 □高証 □年金 □福証 □その他（ ）								
	代理人	□代身 □委任										