

【 R6.8.1~R7.7.31申請用 】  
**介護保険負担限度額認定申請書**

令和 年 月 日

筑西市長 様

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		保険者番号	0 8 2 2 7 1						
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 電話番号								
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								
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	個人番号						
	住所(被保険者と住所が異なる場合)	〒 電話番号							

※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しを添付してください。

預貯金等に関する申告	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
------------	------	---	-------------	---	---------------	---

※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
申請者住所	本人との関係

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。

【市役所確認欄】

利用者負担段階	所得の状況	預貯金等の資産の状況 ※第2号被保険者は利用者負担段階に関わらず 単身:1,000万円以下、夫婦:2,000万円以下
第1段階 第2段階 第3-①段階 第3-②段階	非課税世帯 前年の合計所得金額+年金収入額が80万円以下の方 前年の合計所得金額+年金収入額が80万円超120万円以下の方 前年の合計所得金額+年金収入額が120万円超の方	単身:1,000万円以下 夫婦:2,000万円以下
		単身: 650万円以下 夫婦:1,650万円以下
		単身: 550万円以下 夫婦:1,550万円以下
		単身: 500万円以下 夫婦:1,500万円以下
非該当	【理由】 課税世帯(本人・配偶者・その他) / 資産超過(本人・配偶者) / その他( )	

備考	
----	--