

【 R7.8.1～R8.7.31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	生活保護受給者の方		単身：1,000万円以下 夫婦：2,000万円以下
	老齢福祉年金受給者の方		
□ 第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	単身： 650万円以下 夫婦：1,650万円以下
□ 第3-①段階		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	単身： 550万円以下 夫婦：1,550万円以下
□ 第3-②段階		前年の合計所得金額＋年金収入額が120万円超の方	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	
----	--