

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

安城市長

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。

(フリガナ) 被保険者氏名	⑤	被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住 所	〒 連絡先 () -		
入所した介護保険施設の所在地及び名称(※)	〒 連絡先 () -		
入所年月日(※)	年 月 日	(※)介護保険施設に入所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 (未婚・死別・離別)	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	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	<input type="checkbox"/>	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			
	<input type="checkbox"/>	市町村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80万円以下です。(受給している年金に○をして下さい) ※ 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。			受給している全ての年金の保険者に○をして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/>	市町村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80万円を超えます。(受給している年金に○をして下さい)			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し(申請日の直近から2か月前まで)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)

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。
- ※ 市民税課税世帯の人で申請する場合は、収入申告書(別紙様式)とそれらを証明する書類・施設との契約書等の写しを添付してください。

保険者記入欄

番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票の写し・住民票記載事項証明書・その他
代理権の確認	本人・法定代理人(登記事項証明書等)・任意代理人(委任状)・介護保険被保険者証・その他
身元の確認	個人番号カード・運転免許証・居宅介護支援専門員証・その他() ※写真の表示等の措置が施されていないものについては2つ以上で確認