

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

宮古島市長 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 被保険者氏名			被保険者番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
			個人番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
生年月日	明・大・昭	年		月		日	性別	男・女										
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 （※）							（※）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	明・大・昭	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高齢福祉年金受給者																
	<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○をつけて下さい) ※ 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。																
	<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○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)	()※ 円			
※内容を記入して下さい																	

申請者氏名 <署名>	連絡先（自宅・勤務先）															
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。
- (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。