

# 介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

深川市長 様

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住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		
被保険者氏名	⑩		被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女		
住所	電話				
介護保険施設の所在地及び名称	電話				
入所(院)年月日	年 月 日	<small>(※)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。</small>			

配偶者の有無	有 ・ 無	左記において「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は、記載不要。			
配偶者に関する事項	フリガナ			生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	電話			
	本年1月1日現在の住所	<small>(現住所と異なる場合のみ記入)</small>			
	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。 <small>(受給している年金に○してください)          ※ 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。</small>				
	<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。 <small>(受給している年金に○してください)</small>				
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 <small>(評価概算額)</small>	円	その他 <small>(現金・負債を含む)</small>

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 書類送付先

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**

- (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。

⇒ 裏面もあります

**深川市記入欄**

介護度			
生活保護受給	有 ・ 無	課税状況/本人	課税 ・ 非課税
境界層該当	有 ・ 無	課税状況/世帯	課税 ・ 非課税
預貯金等要件	該当 ・ 非該当	課税状況/配偶者	課税 ・ 非課税
決定区分	第1段階 ・ 第2段階 ・ 第3段階 ・ 第4段階(非該当)		
備考			