

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

山江村長 あて

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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 電話番号		
入所（入院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	〒 電話番号		
入所（入院）年月日（※）	年 月 日	（※）介護保険施設に入所（入院）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	
SS利用	有 ・ 無		
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	年 月 日	個人番号
	住所	〒 電話番号	
	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	

【下記①・②の申告についてご確認のうえ、該当する□1つにレをして下さい】			
	①収入等に関する申告		②預貯金等に関する申告
<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税非課税である高齢福祉年金受給者		1,000万円（夫婦は2,000万円）以下
<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者	課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円以下	650万円（夫婦は1,650万円）以下
<input type="checkbox"/>		課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 80 万円超え 120 万円以下	550万円（夫婦は1,550万円）以下
<input type="checkbox"/>		課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の合計額が年額 120 万円超え	500万円（夫婦は1,500万円）以下

※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、預貯金等に関する申告は1,000万円（夫婦は2,000万円）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

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	申請者連絡先	
申請者住所 〒	本人との関係 ( )	認定証送付先（いずれかに○） 被保険者宅 申請者宅 施設