

(申請先)

下田市長 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												
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 （※）	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	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	☐	①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者					
	☐	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額80万円以下です。 (受給している年金に〇して下さい。以下同じ。) ※ 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。					
	☐	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年 額80万円を超え、120万円以下です。					
	☐	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が 年額120万円を超えます。					
預 貯 金 等 に 関 する 申 告 ※通帳等の写し は 別 添	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円 (同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。					
	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（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。