

介護保険負担限度額認定申請書

（提出先）

川越市長

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所	〒	被保険者との関係	
		電話番号	() (自宅・勤務先)

※申請者が被保険者本人の場合には、「申請者住所」の欄の記入は不要です。

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費（滞在費）に係る介護保険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名称及び所在地	介護保険施設の名称												
	〒												
	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）していない場合には、「入所（入院）年月日」の欄の記入は不要です。											

配偶者の有無	有 ・ 無	※「無」の場合には、「配偶者に関する事項」の欄の記入は不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日											
	住 所	〒											
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒											
	市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税											

市町村民税の課税状況、収入等に関する事項	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 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【 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下である者 ※遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。												
	<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【 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超える者 ※遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。												
	受給している全ての年金の保険者 <input type="checkbox"/> 日本年金機構 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済組合 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済組合												
預貯金、有価証券等の資産に関する事項	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券、その他の資産（現金、債券等）の額の合計が、1,000万円（被保険者に配偶者がある場合には、資産の額の合計が2,000万円）以下である。												
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券、その他の資産（現金、債券等）の額の合計が、1,000万円（被保険者に配偶者がある場合には、資産の額の合計が2,000万円）を超えている。												
	預貯金額	円	有価証券の評価概算額	円	その他の資産（現金等）	円							

- 備考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にある者を含みます。
- 2 同じ種類の資産を複数有する場合には、その全てを記入してください。また、預貯金については、通帳の表紙開いて1頁目及び現在高部分の写しを添付してください。
- 3 この申請書において記入欄が不足する場合には、別紙に不足する部分を記入し、当該別紙を添付してください。
- 4 虚偽の申告により不正に負担限度額認定を受け、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項の規定により、支給を受けた額及び当該額の最大2倍の金額を徴収されることがあります。