

# 介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 瀬戸市長

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。

年 月 日

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日			
住 所	〒	連絡先	

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		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	・

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者				
	<input type="checkbox"/>	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82万6500円以下です。(受給している年金にO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。				
	<input type="checkbox"/>	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82万6500円を超え、120万円以下です。				
	<input type="checkbox"/>	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 (夫婦合計)	<input type="checkbox"/>	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	有価証券等 (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	連絡先(自宅・携帯)
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。
- (5) ご提出いただいた個人情報は、負担限度額認定の為にのみ使用します。

**瀬戸市記入欄**

交付年月日	年 月 日	利用者負担段階	1・2・3①・3②	税情報	あり・なし
適用年月日	年 月 日	預貯金等合計額	円	非課税年金情報	あり・なし
有効期限	年 月 日	配偶者課税状況	課税・非課税	利用目的	入所・短期
受付者		手当		施設名	