

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		被保険者番号	
被保険者氏名	印	性別	
生年月日		個人番号	
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（※）	（※）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、記載不用です。	
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／世帯全員が非課税である老齢福祉年金受給者です。	非課税年金の申告			
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が非課税であって、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が、 <u>年額 80 万円以下</u> です。	遺族年金※ ¹ （有・無） 円			
	<input type="checkbox"/>	世帯全員が非課税であって、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が、 <u>年額 80 万円を超</u> えます。	障害年金（有・無） 円			
預貯金等の申告（夫婦合計）	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の合計金額が、1000万円（夫婦は2000万円）以下です。					
	預貯金額	円	有価証券・信託	円	その他（現金・負債を含む）	() ※ ² 円

※¹ 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 ※² 内容を記入してください。

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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。
- (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、負担限度額認定の為のみに使用します。

瀬戸市記入欄

交付年月日	年 月 日	利用者負担段階	1・2・3 段階	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		