介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）
浪江町長　様
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（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	電話番号		
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	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	

収入等に関する申告	□	生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	預貯金等の基準額：1,000万円（夫婦は2,000万円）以下
	□	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【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。※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。	650万円（夫婦は1,650万円）以下
	□	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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え120万以下です。	550万円（夫婦は1,550万円）以下
	□	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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。	500万円（夫婦は1,500万円）以下
預貯金等に関する申告	□	預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり	

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

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）※日中連絡のつきやすい番号
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。