

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

山梨市長あて

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	明・大・昭	年	月	日	要介護度	要支援（ ）要介護（ ）														
住 所	〒 電話																			
施設利用状況	<input type="checkbox"/> 宿泊を伴う介護保険施設を利用する予定（ 年 月 日から） <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 施設入所（特養、老健、介護医療院（介護療養型病床）など） <input type="checkbox"/> ショートステイ 介護保険施設の名称 所在地 電話番号																			
配偶者について	配偶者の有無 (世帯分離・事実婚含む)	有 ・ 無			市町村民税 課税状況	課税 ・ 非課税														
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年	月	日											
	配偶者氏名				個人番号															
	住 所	〒 電話																		
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒																		
収入について	【該当する項目にチェックを入れてください】																			
	<input type="checkbox"/>	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																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、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。																		
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。																		
本人の非課税年金 受給状況	【該当する項目の番号を○で囲んでください】 1. 遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金含む） 2. 障害年金 3. 受給無し																			
資産について	資産については下記に記入してください。 (1) 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。 (2) 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。																			
	①預貯金等 及び現金	円												②有価証券等 (評価概算額)	円			③負債	円	
	※下記①～③各項目の合計を記載してください。																			

お持ちの通帳（定期預金等含む）や有価証券等について、全て記入し、通帳等の写しを添付してください。

①預貯金等及び現金

番号	金融機関名	支店名	口座番号	口座名義人（○で囲む）	残金（円）
1				本人・配偶者	
2				本人・配偶者	
3				本人・配偶者	
4				本人・配偶者	
5				本人・配偶者	
6				本人・配偶者	
7				本人・配偶者	
8				本人・配偶者	
9	現金等			本人	
10				配偶者	
合 計				①	

(裏面に続く)

