

介護保険負担限度額認定申請書

(申請先) 厚木市長 年 月 日

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	明治・大正・昭和 年 月 日				
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 （※）	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	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 ・ 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 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 82 万 6,500 円以下です。（受給している年金に〇して下さい。もらっていない場合は二重線で消して下さい。）※ 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。					
	☐ 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 82 万 6,500 円超 120 万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。もらっていない場合は二重線で消して下さい。）					
	☐ 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。（受給している年金に〇して下さい。もらっていない場合は二重線で消して下さい。）					
	☐ 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し（夫婦は配偶者分も含む）は別添のとおりです。					
預貯金等に関する申告	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。

届出者氏名	連絡先 (自宅・携帯・勤務先)	
届出者住所	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ください。生活保護受給者に限り、省略できます。
- (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。

確認者 ()

番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票又は記載事項証明 ☐ 住基			
本人確認	☐ 写真付 (1種類) ☐ 個番カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()			
	☐ 写真無 (2種類) ☐ 年金手帳 ☐ 母子手帳 ☐ その他 ()			
代理権確認	法定代理人	法定代理人以外		
	☐ 戸籍謄本その他資格を証明する書類	☐ 委任状 ☐ その他 ()		
代理人 身元確認	☐ 写真付 (1種類) ☐ 個番カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ その他 ()			
	☐ 写真無 (2種類) ☐ 年金手帳 ☐ 母子手帳 ☐ その他 ()			