

## 介護保険負担限度額認定申請書

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 _____		
介護保険施設等の名称及び所在地(※)	〒 _____ 電話番号 _____		
入所(院)年月日(※)	年 月 日	※介護保険施設等に入所(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、記入は不要です。	

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、記入は不要です。		
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	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者又は②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者			
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税非課税世帯であつて、課税年金収入額、【障害年金・遺族年金*】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が <b>年額80万円以下</b> です。(【 】内の受給している年金に○印を付してください。以下同じ。) *寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。			
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税非課税世帯であつて、課税年金収入額、【障害年金・遺族年金*】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が <b>年額80万円超、120万円以下</b> です。			
	<input type="checkbox"/>	⑤市町村民税非課税世帯であつて、課税年金収入額、【障害年金・遺族年金*】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が <b>年額120万円超</b> です。			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円(夫婦の場合は、2,000万円)、③の方は650万円(夫婦の場合は、1,650万円)、④の方は550万円(夫婦の場合は、1,550万円)、⑤の方は500万円(夫婦の場合は、1,500万円)以下です。 ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は、③~⑤の方は1,000万円(夫婦の場合は、2,000万円)以下です。				
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円	その他(現金、負債等)

**注意事項**

- 1 この申請書における「配偶者」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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 3 記入し切れない場合は、余白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項の規定により、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

宇治市長宛て  
 上記のとおり食費・居住費又は滞在費に係る負担限度額認定の申請をします。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

申請者 \_\_\_\_\_ 被保険者との続柄 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受付印

(市記入欄)

利用者負担段階 【           】 区分 特養、老健、療養型、医療院、小規模特養、その他