

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								
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	☐	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																
	☐	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 <u>年額80.9万円以下</u> 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。																
	☐	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 <u>年額80.9万円超、120万円以下</u> です。																
	☐	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 <u>年額120万円超</u> です。																
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	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)									円		
															円			

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	電話番号
住所	
申請者	
氏名	被保険者との続柄