負担限度額認定申請書

高岡郡津野町長　様　　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		保険者番号	3 9 4 1 1 4
被保険者名	印	被保険者番号	
		個人番号	
生年月日		性　別	
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	□　生活保護受給者または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額の合計額が年額80万円以下です。 □　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額の合計額が年額80万円以上、120万円以下です。 □　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額の合計額が年額120万円を超えます。

預貯金等に関する申告 ※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、有価証券等の金額の合計：　　円				
	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、下記については記載は不要です。

申請者氏名		電話番号（自宅・勤務先）
申請者住所		本人との関係

注意事項

○　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。

○　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。

○　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。

○　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。