

介護保険負担限度額認定申請書

令和元年度

令和 年 月 日

西東京市長

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	印		性別	男 ・ 女									
生年月日	明・大・昭	年 月 日	個人番号										
住 所													
介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先												
入所する居室の種別	1 ユニット型個室			3 従来型個室									
	2 ユニット型個室的多床室			4 多床室									
入所(居)年月日(※)	昭・平・令	年 月 日	(※) 介護保険施設に入所(居)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」については記入不要です。										
配偶者に関する事項	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭	年 月 日									
	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 <small>いずれかに「レ」を入れてください</small>	<input type="checkbox"/>	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									
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税および非課税年金の収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税および非課税年金の収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。									
非課税年金に関する申告	<input type="checkbox"/>	非課税年金(※)を受給しています。 ※ (遺族年金、障害年金、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む) 【日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済】 → 受給している全ての年金の保険者に○して下さい									
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1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※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。

申請者氏名		連絡先	
申請者住所			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。
- (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。