

太線の枠内だけご記入ください

介護保険負担限度額認定申請書

フリガナ			保険者番号	
被保険者氏名			被保険者番号	
生年月日			個人番号	
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（※）	昭・平・令	年	月	日（※）介護保険施設に入所（院）しない場合及びショートステイを利用している場合には、記入は不要です。
被保険者の収入等に関する申告	☐ 生活保護を受給しています。 ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、老齢福祉年金を受給しています。 ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金（遺族年金※・障害年金）収入額の合計額が年額826,500円以下です。 (受給している年金に○印をつけてください。) ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金（遺族年金※・障害年金）収入額の合計額が年額826,500円を超え、120万円以下です。 (受給している年金に○印をつけてください。) ☐ 市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と課税年金収入額と非課税年金（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○印をつけてください。) ※ 遺族年金については、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。 ☐ その他（ ）			

内容確認

入力確認

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			生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名							
	同居・別居の別	同居 ・ 別居	左記において「同居」の場合は、以下の「住所」については、記入は不要です。					
	住所	〒		個人番号				
				電話番号（ ）				
	1月1日現在の住所（※現住所と異なる場合）	〒		電話番号（ ）				
課税状況	市町村民税		課税	・	非課税			

内容確認

入力確認

被保険者及び配偶者の預貯金等に関する申告	☐ 預貯金及び有価証券等の合計額が(500・550・650・1,000)万円(夫婦の場合、1,000万円を加算した額)以下です。 (該当する金額に○印をつけてください。)							
	①預貯金額		円	②有価証券		円	③その他	

(宛先) 名古屋市 区長	
上記のとおり、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。	
令和 年 月 日	
申請者 (被保険者)	住所 氏名
	電話番号

注 1 配偶者については、別居している配偶者又は内縁関係にある方を含みます。
2 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、支給された額及びその額の2倍以下の加算金の返還を求める場合があります。