

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	<input type="checkbox"/> 生活保護を受給しています。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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809,000円以下です。 (受給している年金に○印をつけてください。) <input type="checkbox"/> 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809,000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。) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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

(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 住所
(被保険者) 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られます。