

介護保険負担限度額認定申請書

(提出先)
川越市長

		申請年月日	年	月	日
申請者氏名		被保険者との関係			
申請者住所	〒 電話番号 () (自宅・勤務先)				

※申請者が被保険者本人の場合には、「申請者住所」の欄の記入は不要です。

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費（滞在費）に係る介護保険負担限度額認定を申請します。

フリガナ			被保険者番号		1	0	0							
被保険者氏名			個人番号											
生年月日	年 月 日		性別		男・女									
住 所	〒		電話番号 ()											
入所（入院）した介護保険施設の名称及び所在地	介護保険施設の名称													
	〒		電話番号 ()											
入所（入院）年月日	年 月 日													

※介護保険施設に入所（入院）していない場合には、「入所（入院）した介護保険施設の名称及び所在地」及び「入所（入院）年月日」の欄の記入は不要です。

配偶者の有無		有・無	※「無」の場合には、「配偶者に関する事項」の欄の記入は不要です。											
配偶者に関する事項	フリガナ													
	氏 名													
	生年月日	年 月 日												
	住 所	〒												
	本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）	〒												
	市町村民税の課税状況	課税 ・ 非課税												

市町村民税の課税状況、収入等に関する事項	☐ ①生活保護受給者又は②市町村民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者					
	☐ ③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金額と【 ☐ 遺族年金※ ☐ 障害年金】収入額の合計額が年額 8 0 万 9, 0 0 0 円以下である者 ※遺族年金には、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市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金】収入額の合計額が年額 8 0 万 9, 0 0 0 円を超え、1 2 0 万円以下である者					
	☐ ⑤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金額と【 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金】収入額の合計額が年額 1 2 0 万円を超える者					
預貯金、有価証券等の資産に関する事項	☐ 預貯金、有価証券その他の資産の額の合計が、次の金額以下である。 ・②の方は、1, 0 0 0 万円（被保険者に配偶者がある場合には、2, 0 0 0 万円） ・第1号被保険者で③の方は、6 5 0 万円（被保険者に配偶者がある場合には、1, 6 5 0 万円） ・第1号被保険者で④の方は、5 5 0 万円（被保険者に配偶者がある場合には、1, 5 5 0 万円） ・第1号被保険者で⑤の方は、5 0 0 万円（被保険者に配偶者がある場合には、1, 5 0 0 万円） ・第2号被保険者（4 0 歳以上 6 5 歳未満）で③～⑤の方は、1, 0 0 0 万円（被保険者に配偶者がある場合には、2, 0 0 0 万円）					
	預貯金額	円	有価証券の評価概算額	円	その他の資産（現金等）の額	円

備考 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にある者を含みます。
2 同じ種類の資産を複数有する場合には、その全てを記入してください。また、預貯金については、通帳の表紙及び現在高部分の写しを添付してください。
3 この申請書において記入欄が不足する場合には、別紙に不足する部分を記入し、当該別紙を添付してください。
4 虚偽の申告により不正に負担限度額認定を受け、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 2 2 条第 1 項の規定により、支給を受けた額及び当該額の最大 2 倍の金額を徴収されることがあります。