

様式第 19 (第 28 条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

安城市長

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 被保険者氏名		被保険者番号 個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒 連絡先 () -		
入所(院)した介護 保険施設の所在地及 び名称(※)	〒 連絡先 () -		
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	年 月 日	個人番号
	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	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／第2号被保険者／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"/>	②市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額80万円以下 です。 (受給している年金に○を付けてください。以下同じ。) ※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。				
	<input type="checkbox"/>	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額80万円を超え、120万円以下 です。				
	<input type="checkbox"/>	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額、その他の合計所得金額及び【遺族年金※・障害年金】の収入額の合計額が 年額120万円を超え ます。				
預貯金等 に関する 申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が、①に該当する方は1,000万円(2,000万円)、②に該当する 方は650万円(1,650万円)、③に該当する方は550万円(1,550万円)、④に該当する方は5 00万円(1,500万円)以下です。※配偶者がある場合は、本人及び配偶者の預貯金、有価証券等の金額 の合計が、それぞれ()内の金額以下です。				
	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は、下記については、記入不要です。

申請者氏名		連絡先(自宅・勤 務先)	
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保有している場合は、その全てを記入し、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。

※市町村民税課税世帯の人について申請する場合は、収入申告書(別紙様式)とそれらを証明する書類・施設との契約書等の写しを添付してください。