

様式第 1 9 （第 2 8 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	
生 年 月 日	年 月 日	個 人 番 号	
住 所	〒 連絡先（ ） ー		
入所（院）した介護 保険施設の所在地及 び名称（※）	〒 連絡先（ ） ー		
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、次の「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（ ） ー		
	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	☐	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				
	☐	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 8 0 . 9 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。				
	☐	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 8 0 . 9 万円を超え、1 2 0 万円以下 です。				
	☐	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 1 2 0 万円を超え ます。				
預 貯 金 等 に 関 する 申 告	☐	預貯金、有価証券等の金額の合計が、①に該当する方は 1 , 0 0 0 万円（2 , 0 0 0 万円）、②に該当する 方は 6 5 0 万円（1 , 6 5 0 万円）、③に該当する方は 5 5 0 万円（1 , 5 5 0 万円）、④に該当する方 は 5 0 0 万円（1 , 5 0 0 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、次の欄については、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）書ききれない場合は、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 2 2 条第 1 項の規定に基づき、
支給した額の全額及び最大その 2 倍の加算金を徴収することがあります。
※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。