

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 福岡県介護保険広域連合長

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		被保険者番号	
被保険者氏名	⑧	個人番号	
		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
住所	連絡先		
介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先		
入所(院)年月日(※)	昭・平	年	月 日
	事業所番号(※)		

(※)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、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ	個人番号	
	配偶者氏名	生年月日	明・大・昭
		市町村民税課税状況	課税・非課税
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 連絡先	
本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)			

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者	受給している全ての年金の保険者に OLして下さい 日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、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80万円以下です。 (受給している年金にOLしてください) ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。	
預貯金に関する申告	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者であって、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80万円を超えます。 (受給している年金にOLしてください)	
	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。	
	預貯金額(別紙合計①) 円	有価証券(別紙合計②) 円
	現金・負債(別紙合計③) 円	
※上記に記載した金額については、別紙の各項目の合計と同額になるように記載してください。		

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	本人との関係	連絡先(自宅・勤務先・携帯)
申請者住所		

注意事項

- 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。
- 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、そのすべてを記入してください。
- 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。

市町村記入欄

交付年月日	年 月 日	適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
市町村民税課税状況等	年 月 日	現在	利用者負担段階 段階
<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 { 課税層特例減額措置 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 }			
<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 { <input type="checkbox"/> 80万円超 <input type="checkbox"/> 80万円以下 <input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給者 }			
<input type="checkbox"/> 生活保護受給者			
<input type="checkbox"/> その他(境界層) <input type="checkbox"/> 預貯金等の金額が1000万円(夫婦は2000万円)以上			
	市町村コード		
	40		