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		個人番号	
		性別	男　・　女
生年月日	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（※）	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	年　　月　　日
			市町村民税課税状況	課税　・　非課税
	住　　所	□　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	□	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	預貯金等の基準額	1000万円（夫婦は2000万円）以下
	□	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80万円以下です。（受給している年金に〇してください） ※　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。		650万円（夫婦は1650万円）以下
	□	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80万円を超え120万円以下です。（受給している年金に〇してください）		550万円（夫婦は1550万円）以下
	□	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120万円を超えます。（受給している年金に〇してください）		500万円（夫婦は1500万円）以下

預貯金に関する申告	□　預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。					
	預貯金額（別紙合計①）	円	有価証券（別紙合計②）	円	現金・負債その他（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

（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、そのすべてを記入してください。

（3）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		
□　市町村民税課税世帯　｛　課税層特例減額措置　□　有（　　）　□　無　｝					
□　市町村民税非課税世帯　｛　□　老齢福祉年金受給者　□　80万円以下　□　80万円超120万円以下　□　120万円超　｝				市町村コード	
□　生活保護受給者　□　その他（境界層）　□　預貯金等の金額の合計が基準額以上				40	5449