

介護保険負担限度額認定申請書

令和 年 月 日

南九州市長 様

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		保 険 者 番 号					4	6	2	2	3	4
被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号										
		個 人 番 号										
生 年 月 日	年 月 日											
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 に 関 する 事 項	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。									
	フリガナ			個 人 番 号									
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日								
	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										

※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。

収 入 ・ 預 貯 金 等 に 関 する 事 項	☐	生活保護受給者		対象者が65歳以上の場合 預貯金額（夫婦の場合）				
		市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		1000万円（2000万円）以下				
	☐	世帯全員が 市町村民税 非課税	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		650万円（1650万円）以下			
	☐		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80万円超120万円以下		550万円（1550万円）以下			
	☐		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120万円超		500万円（1500万円）以下			
	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）		【（内容）】 円

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	連絡先（自宅・携帯・勤務先）
申請者住所	本人との関係

受給している全ての年金の
保険者に○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

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、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、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (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。