様式第40号（第22条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（宛先）村上市長

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		保険者番号	1 5 2 1 2 4
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭　　年　月　日	性別	男・女
住所	電話番号		
入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※）	電話番号		
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」については記載不要です	

配偶者に関する事項				
フリガナ				
氏名				
生年月日	明・大・昭　　年　月　日	個人番号		
住所	電話番号			
本年1月1日の住所(現住所と異なる場合)				
課税状況	市町村民税　　課税・非課税			

収入に関する申告		
	□	①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額80万円以下です。　（受給している年金に〇をつけてください。以下同じ。） ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。
	□	④市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。
	□	⑤市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額との合計額が年額120万円を超えます。

預貯金等に関する申告 ※通帳等の写しは別添						
	□	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。 ※第２号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)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 ※内容を記入して下さい。

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また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所有している場合は、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) 書き切れない場合は、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。