

介護保険負担限度額認定申請書

鎌ヶ谷市長 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		被保険者番号	0 0 0		
被保険者氏名		個人番号			
		性別	男・女	認定状況	要支援 () 要介護 ()
住 所	〒	生年月日	明・大・昭	年	月 日
		電話番号			
利用する施設の種類 (該当の箇所に○)	特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・その他(ショートステイ) 入所(院)年月日 年 月 日				
	施設名称 施設所在地				

配偶者の有無	有 ・ 無	課税状況	課税 ・ 非課税		
フリガナ		個人番号			
氏 名		生年月日	明・大・昭	年	月 日
住 所	〒	電話番号			
本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	〒				

※この申請書における「配偶者」については、世帯分離している配偶者または内縁関係のものを含みます。

収入に関する申告	1	生活保護受給者/市民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者				
	2	世帯の全員(世帯分離をしている配偶者を含む)が市民税非課税	本人の年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額が <u>80万円以下</u>	かつ、預貯金等の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下		
	3①		本人の年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額が <u>80万円超120万円以下</u>	かつ、預貯金等の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下		
	3②		本人の年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額が <u>120万円超</u>	かつ、預貯金等の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下		
預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債含む)	円

※被保険者本人と配偶者名義の預貯金等の合計額を記入してください。

申請者氏名		本人との続柄
申請者住所	〒	電話番号

(裏面に続きます)

