様式第１２号（第１０条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

高松市長

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 被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
		生年月日	明・大・昭
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（※）		（※）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	配偶者の有無が「無」の場合、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	個人番号	
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）		電話番号	
課税状況	市町村民税		

収入等に関する申告	□	①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者
	□	③市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の合計額が年額82.65万円以下です。　**（受給している年金に○してください）** ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。
	□	④市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の合計額が年額82.65万円を超え、120万円以下です。
	□	⑤市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 ※内容を記入してください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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、その全てを記入し、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。

市記入欄

介護区分	認定期間	世帯課税	老福	生保	給付制限
支・１・２・３・４・５	～	非　・　課	有　・　無	有　・　無	有　・　無

＜受付担当者記入欄＞

職権確認 （個人番号）	

個人番号 確認書類	１　個人番号カード　　２　通知カード　　３　個人番号が記載された住民票等 ４　その他（　　）	
申請者 確認書類	１点のみで可	１　個人番号カード　２　運転免許証　３　身体障害者手帳等 ４　介護支援専門員証 ５　その他（　　）
	２点確認必要	１　介護保険被保険者証　２　介護保険納入通知書 ３　長寿手帳　４　包括・事業所の職員証 ５　その他（　　）