

（宛先）高松市長

介護保険負担限度額認定申請書

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

フリガナ											
被保険者氏名	被保険者番号										
	個人番号										
	性別	男 ・ 女									
生年月日	明・大・昭 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、記入不要です。									
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	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	市民税 課税 ・ 非課税										

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	①生活保護受給者／②市民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者									
	<input type="checkbox"/>	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】（受給している年金に○をしてください。以下同じ。）の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	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80万円を超え、120万円以下です。									
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方及び第2号被保険者の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下、③の方は650万円（同1650万円）以下、④の方は550万円（同1550万円）以下、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり									
	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	（ ）内容記入 円				

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

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

- 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。
- この申告書における「遺族年金」については、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。
- 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、その合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 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、支給された額及びその最大2倍に相当する額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

受付担当者は裏面も記入してください。

