

(あて先) 大月市長

次のとおり関係書類を添えて、食事・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																
被保険者氏名			個人番号																
	生年月日	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	年 月 日	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)																		
課税状況	市町村民税 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市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/> 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の合計額が年額80万以下です。(受給している年金に〇して下さい。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。																		
	<input type="checkbox"/> 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 ※通帳等の写しは別途	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)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1000万円(夫婦は2000万円)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、下記について記載は不要です。

申請者氏名			電話番号																
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。
- 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。
- 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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。