

（申請先）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		〒 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	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80.9万円以下です。（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80.9万円を超え、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		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。
- 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。