## 介護保険 負担限度額認定申請書

我孫子市長 あて 年 月 日

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	1	J	ガ	ナ								保険者番号										
4	 >rl→ /⊏	17公	北丘	ħ						Ĺſ	1	被保険者番号										
1	奴付	录険者氏名								印		個人番号										
生	í	F	月	日		年		月		目		性	5	到 男				•				女
					⊢																	
住		所																				
											電話	番	号									
保隆	倹施	(院)した介護施設の所在地																				
-		名 称 ( ※ ) f ( 院 )										電話			. ,		) <b>.</b>	) . J	LE /	\ TL -	71º >	
入 年	所月	日(※)					年		月		日	(※)介護保険施設にプレートステイを利用して										/ ヨ
配	偶	者の有無				有	•		無			左記において「無」( 事項」については、					の「	配	偶者	者に	関す	-る
		フ	リ;	ガナ								ず点」にラインは、「	10年久	丁女	<u> </u>	0						
酉	男	氏		名																		
<b>者</b> に		生	年 丿	月日		年		月		日		個人番号		-	:	:			:	-	:	-
	_													-								
関す		住 所		電話番号																		
7	,	本年1月1日現在									75 111	щ	<del>-</del>									
事項	<b>≠</b>	の住所(現住所 と異なる場合)																				
-5		課税状況		市町村	民税			課税		•	非課税											
					□生活化	呆護受	:給者/	/市町	丁村民	税世制	帯す	<b> </b>   	下金5	受給者	之 目							
					市町村						八虫 -	₩左人V/	ファボラン	ь Л ÷I	1×F	<i>亡 松</i> 石 (	007	ш.	ı — .	~ <u>_</u>		
			≨ (Z		□ 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計が <u>年額80万円以下</u> です。 (受給している年金に○をしてください)																	
す	1	5	申	告			<u>かんま</u> 世帯非				日-	子年金 遺児年金を会みまる	tU	下凬1								
					□ 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が <u>年額80万円を超え</u> ます。																	
	貯す				af 脖。	全 <i>右</i>	価証法	<b>华</b> 垒σ	7全類			ている年金に○をしてくだ。 が1000万円 (夫婦は200		<u> </u>	1下	です	<u> </u>					
				を に							• •	デロの0万円(大端 tá 200 等の写しは別添のとおり		-,		- /	•	忝付	が	必要	です	<b>f</b> )
				告	預貯金	金額			円			価証券 <sup>価概算額</sup> )	円	(現	_	の化	<u>†</u> 含む)		(			)※ 円
											(,,,	1		1				記入	·l'	てくだ	ださ	
申請者が被保険者本人の場合に												者本人の場合には、	下					載≀	はイ	下要	でー	す。
申	請	幸	台 日	名										電	括番	争号	•					
申	請	才	首 住	三所										本	人と	(0)	関	系				
														-								

## 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、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合、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。