

介護保険負担限度額認定申請書

令和4年度分

フリガナ 被保険者氏名	被保険者番号 0 0
生年月日 明・大・昭 年 月 日	個人番号
住 所	連絡先
利用する 介護保険施設の 所在地及び名称	所在地 名 称 連絡先
利用開始日	平成・令和 年 月 日 より 入所中・入所予定・未定
該当があれば○	生活保護（受給中・開始・停止・廃止） 要保護境界層（開始・廃止）

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	明・大・昭 年 月 日	個人番号							
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 連絡先								
	本年1月1日現在の住所 (現住所と異なる場合)	<input type="checkbox"/> 同上								
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"/>	生活保護受給者/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"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金の収入額の合計額が年額80万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金の収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。							
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金の収入額の合計額が年額120万円を超えます。							
非課税年金の有無	有 ・ 無	年金種別	遺族年金※・障害年金			※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。			
受給している年金保険者	日本年金機構 ・ 地方公務員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 私学共済								
預貯金等に関する申告	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	
	※ 配偶者がいる方は、合計金額を記入してください。								

宮崎市長 殿

上記のとおり、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。
 なお、負担限度額の認定に際し必要な被保険者、配偶者（内縁関係の者を含む）、及び被保険者の世帯員の所得及び課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料により確認を行うことに同意いたします。

令和 年 月 日

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また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、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
- (3) 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。

受 付
