

認定証送付先（更新のみ）
（○をしてください）

・ 本人住所
・ 施設
・ 窓口に来られた方（原則は本人住所）

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

（申請先）
伊 予 市 長 様

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。

フリガナ			被保険者番号											
被保険者氏名			個人番号											
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		性 別	男 ・ 女										
住 所	伊予市			電話番号	() -									
入所（院）した介護 保険施設の名称				電話番号	() -									
サービス種別	特養 ・ 老健 ・ 医療院 ・ ショートステイ			入所年月日	年 月 日									

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											
	配 偶 者 氏 名											
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日		個人番号								
	住 所											
	本年 1 月 1 日に、上欄に記載の住所と異なる住所であった場合はその住所を記入											
課 税 の 状 況	市町村民税が 課税 ・ 非課税											

申告事項（該当するものに☑を入れ、金額を記入してください。）

収入等に関する申告	市町村民税非課税世帯であって、課税年金収入額と非課税年金収入額と合計所得金額の合計から公的年金等に係る雑所得金額を除いた金額が					
	☐	年額 82.65 万円以下、かつ、預貯金等の合計額が 650 万円（夫婦は 1,650 万円）以下				
	☐	年額 82.65 万円超 120 万円以下、かつ、預貯金等の合計額が 550 万円（夫婦は 1,550 万円）以下				
	☐	年額 120 万円超、かつ、預貯金等の合計額が 500 万円（夫婦は 1,500 万円）以下				
	☐	その他（生活保護受給者・市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者）				
	☐	第 2 号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）であって、市町村民税非課税世帯かつ預貯金等の合計額が 1,000 万円（夫婦は 2,000 万円）以下				
非課税年金受給状況	遺族年金 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む		有 ・ 無		障害年金	有 ・ 無
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・負債等）	円

申請者（窓口等に来られた方）が被保険者本人でない場合は、下欄をご記入ください。

申請者氏名		連絡先電話番号	() -
申請者住所		被保険者との関係	

注意事項

- （1）この申請書における配偶者とは、世帯分離している配偶者や内縁関係の者を含みます。
- （2）同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- （3）この申請書に書ききれない場合は、余白に記入するか、別紙に記入して添付してください。
- （4）課税状況、預貯金、有価証券等の残高などの申告内容について金融機関に照会することに同意していただきます。
- （5）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は、介護保険法第 22 条第 1 項の規定に基づき、支給された金額及びその金額の最大 2 倍の加算金を返還していただくことになります。