介護保険負担限度額認定申請書

西都市長 殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
| 印 | | 個人番号 |  |
| 生年月日 |  | | 性別 |  |
| 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（※） |  | （※）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 | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | | |
|  | | | |
| 生年月日 |  | | 個人番号 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | |
| 本年1月1日現在の住所  （現住所異なる場合） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 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 | | | | | |
| □ | 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 【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が  年額80万円以下です。　　　　 （受給している年金に○をして下さい。）  ※ 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。 | | | | | |
| □ | 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 【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が  年額80万円を超えます。　　　　（受給している年金に○をして下さい。） | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | |
| 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

（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又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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

（３）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。

（４）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。

（担当事業所名　　　　　　　　　　　　　　　）