介護保険負担限度額認定申請書

西都市長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 |  | | | |
| 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 |  | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | |
| 本年1月1日現在の住所  （現住所異なる場合） | 〒 | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 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】収入額の合計が  年額80万円以下です。　　　　　（受給している年金に○をしてください）  ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、維持年金を含みます。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】収入額の合計が  年額80万円を超えます。 | | | | | |
| 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 |

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　　　　　　　　　　　　　　　）

介護保険負担限度額認定申請書

記 入 例

西都市長　押川　修一郎　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | ｻｲﾄ　 ﾀﾛｳ  **西都** | | 被保険者番号 | 0000000001 |
| 西都　太郎　　　　　　　印 | | 性別 | 男  **シャチハタは不可ですので、必ず朱肉を使用する印鑑（認印可）での押印をお願いします。** |
| 生年月日 | 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | |
| 住所 | 〒○○○‐○○○○　　　　　　　　　　　　　　連絡先　0983-43-○○○○  西都市○○町○丁目○番地 | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒△△△‐△△△△　　　　　　　　　　　　　　連絡先　0983-43-△△△△  西都市△△町△丁目△番地　　介護老人保健施設△△△ | | | |
| 入所（院）  年月日（※） | 令和 △ 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。 | | |

**該当する箇所に✔ をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | ｻｲﾄ　 ﾊﾅｺ  **配偶者の氏名をご記入ください。**  **配偶者の方の住民登録地の住所をご記入ください。別世帯に配偶者がいる場合は、その住所をご記入ください** | |
| 西都　花子 | |
| 生年月日 | 昭和 □ 年 □ 月 □ 日 | |
| 住所 | 〒□□□‐□□□□　　　　　　　　　　　　　　連絡先　0983-43-□□□□  西都市大字□□□□番地  **1月1日現在の配偶者の住民登録地の住所が異なる場合はご記入ください** | |
| 本年1月1日現在の住所  （現住所異なる場合） | 〒■■■‐■■■■  ■■市大字■■■■番地 | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | |

**・預貯金額を記入し、通帳の写しを添付してください。**

**・配偶者がいる場合は、預貯金額等は夫婦合計額でご記入ください。**

**・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価を確認できる書類を添付してください。（但し、書類の入手が容易な場合に限る）**

**・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債（借金）等をご記入ください。名目と金額を記入し、負債の場合は必ず－（マイナス）を付けてください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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の合計額が年額80万円以下です。 | | | | | |
| □ | 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の合計額が年額80万円を超えます。 | | | | | |
| 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 | | 643万円 | 有価証券  （評価概算額） | 270万円 | その他  （現金・負債を含む） | （現金、住宅ローン　）※  60万円、－620万円 |

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  **申請者が本人以外の場合のみ記入してください。**  　〒 | | 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　　　　　　　　　　　　　　　）