介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

昭和町長　殿

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。

※個人番号の確認に同意します。**□**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 個 人 番 号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| 性　別 | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒  電話番号　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） | （施設名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒  電話番号　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日（※） | 年 　　月 　　日 | （※）介護保険施設に入所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、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住　所  （※本年1月1日現在） | 〒  電話番号　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　課税　・　非課税 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入に関する  申告 | | □ | 生活保護受給者／市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | |
| □ | 市町村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  受給しているすべての年金保険者に○してください  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額**80万円以下**  **（受給している年金に○してください）**  ※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**80万円以上**  **（受給している年金に○してください）** | | | | | | | |  |
| 預貯金等に関する申告 | | □ | 預貯金、有価証券の金額の合計が、**1,000万円（夫婦は2,000万円）以下**  ※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） | （内容 　　　　　）  円 | |
| 代理申請者 | 本人申請の場合記載不要  住　　所：  電話番号：  氏　　名： | | | | | | 委任状 | 私は、左記の者にこの申請を委任します。  （家族の場合記載不要）  被保険者  本人氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | |

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ものを含みます。

（２）預貯金額については、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、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。

（４）虚偽の申請により不正に特定入所者介護サービス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。