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。