**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

　　　　上里町長　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 |  | | | 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 （※） | 昭 ・ 平　　　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 ガ ナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所 | 連絡先　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日 現在の住所 (現住所と異なる 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 | | | | | |
| □ | 町民税世帯非課税者であって、  受給している全ての年金の保険者に○して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  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○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。 | | | | | |
| □ | 町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○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1000万円（夫婦は2000万円）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。