介護保険負担限度額認定申請書

　○年　○月　○日

菊川市長　宛

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 | | カイゴ　タロウ | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | 2 | | 2 | 2 | 2 | 4 | 0 |
| 被保険者氏名 | | 介護　太郎 | | | | 被保険者番号 | | | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  | |  |  | 個人番号カードまたは通知カードに記載されている個人番号を記入して下さい。 |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | 〒43□‐□□□□  菊川市△△町□□番地  連　絡　先　0537－（○○）－×××× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (※) | | 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、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配 偶 者 に 関 す る 事 項 | フリガナ | 個人番号カードまたは通知カードに記載されている個人番号を記入して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | 個人番号 | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒43□‐□□□□  菊川市△△町□□番地　　　　　　　　　　　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 | | □ | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。　　　　（受給している年金に○して下さい。以下同じ。）  ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円  を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※通帳等の  写しは別添 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。  ※第２号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | (　現金　)※  　　　○　　円 | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※内容を記入してください

預貯金の合計額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 | 菊川　次郎 | 連絡先（自宅・勤務先）  0537-（○○）‐×××× |
| 申請者住所 | 菊川市△△町　　番地 | 本人との関係　子  本人から見た申請者との関係を記入してください。 |

注意事項

〇　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。

〇　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

〇　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。

〇　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。

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金　　　　　保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及　　　　び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに　　　　同意します。  また、本人の審査結果について入所中の介護保険施設又は契約した  居宅介護（予防）支援事業所に情報提供することに同意します。  ・本人及び配偶者が字を書くことが出来る場合は、本人及び配偶者が記入して下さい。  ・本人及び配偶者が字を書くことが出来ない場合、ご家族の方が代理人名、本人から見た続柄、代筆理由を記入してください。  　　　　○年　○月　○日  　　　〈本人〉  　　　　　　住所　　菊川市△△町□□番地  　　　　　　氏名　　介護　太郎  配偶者がいない場合、記入する必要はありません。  　　　〈配偶者〉  　　　　　　住所　　菊川市△△町□□番地  　　　　　　氏名　　菊川　花子  　代理人　菊川　次郎（子）  　　　　（例）本人が字を書くことが出来ないため。 |