介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）中津川市長　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 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　 |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入所（院）年月日（※） |  | （※）介護保険施設に入所（院）して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 |  | 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入及び預貯金等に関する申告 |  | 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受給している全ての年金の保険者に〇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 |
|  | 市町村民税世帯非課税者であって年金収入等が８０万円以下で、預貯金等の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。 |
|  | 市町村民税世帯非課税者であって年金収入等が８０万円超１２０万円以下で、預貯金等の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。 |
|  | 市町村民税世帯非課税者であって年金収入等が１２０万円超で、預貯金等の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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。） | （　　　　　　　）※　　　　　　　　円※内容を記入してください |

※第2号被保険者の人は、段階にかかわらず預貯金等の要件が1,000万円（夫婦は2,000万円）以下となります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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. 年金収入等とは課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金（寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む）・障害年金】収入額の合計額です。
3. 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。
4. 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。
5. 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。