介護保険　負担限度額申請書

我孫子市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

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 |  | 保険者番号 |  | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 性　　　別 |  |
| 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（※） | 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 | 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 | □ | 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〇して下さい。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) | （　　　　　　）※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

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