　　　　　　　　　　　介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（申請先）　標茶町長

　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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □ | 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 | | | | | |
| □ | 市町村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】の収入額の合計額が  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。 | | | | | |
| □ | 市町村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】の収入額の合計額が  年額80万円超～120万円以下です。　　　　（受給している年金に○して下さい） | | | | | |
| □ | 市町村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】の収入額の合計額が  年額120万円を超えます。　　　　（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基準額以下です。（※）  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 |

（※）預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※内容を記入してください

①単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下　②単身650万円、夫婦合計1,650万円以下

③(1)単身550万円、夫婦合計1,550万円以下、③(2)単身500万円、夫婦合計1500万円以下

※第2号被保険者は、段階にかかわらず単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者が被保険者本人の場合には、住所・連絡先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

　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

(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。

(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。