**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 | 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（※） | 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（現在の住所と異なる場合） |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 町民税　　　　　　　　　課税　　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者/住民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | 住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の合計額が年額80万円以下です。 | | | | | |
| □ | 住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の合計額が年額80万円を超えます。 | | | | | |
| 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 |

※内容を記載してください

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

(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。