**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　　月　　　日

河津町長　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 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　　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（※） | 昭・平・令　　　　年　　　月　　　日 | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び ショ－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 | 明・大・昭　　　　　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○をして下さい。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

　（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所有している場合は、そのすべてを記入してください。

　（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）虚偽の申請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。