**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

（申請先）　千代田町長　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 | ㊞　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　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(※) | 所在地 | (〒　　　　－　　　　　　)　　　　　　　電話番号 | (※)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。 |
| 名　称 |  |
| 入所(院)年月日(※) | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | 生年月日 | 明・大・昭・平　　 　年　　 　月　　 　日 |
| 氏　　名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所※同居の場合は記入不要 | (〒　　　　－　　　　　　)　　　　　　　電話番号 |
| 本年1月1日現在の住所(町外で現住所と異なる場合) | (〒　　　　－　　　　　　) | 左記を記入した場合 |
| 配偶者の市町村民税課税状況 | 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年金受給者受給している全ての年金の保険者に○をしてください。日本年金機構地方公務員共済国家公務員共済私学共済 |
| □ | 市町村民税が世帯全員非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】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○をしてください）※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。 |
| □ | 市町村民税が世帯全員非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。　　　　（受給している年金に○をしてください） |
| 預貯金等に関する申告(夫婦合計) | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円（夫婦合計の場合は2,000万円）以下です。（預貯金、有価証券等に係る**通帳等の写し**を添付してください） |
| 預貯金額 | 円 | 有価証券・信託(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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町 記 入 欄 | 交付年月日 | 生活保護 | 利用者負担段階 | 第　　　段階 | 今回の結果 |  |
|  |
|  |
| 年　　　月　　　日 | 有 ・ 無 |  |
| 判定所得金額 | 円 | １．該当 |  |
|  |
|  |
| 老齢福祉年金 |  |
| 適用年月日 | 内訳 | 合計所得 | 円 | ２．非該当 |  |
|  |
| 有 ・ 無 |  |
| 年　　　月　　　日から |  |
| 年金収入 | 円 | 事由 | (本人・家族・配偶者) 課税 |  |
|  |
| 保険料 |  |
|  |
| 有効期限 | 預貯金等合計額 | 円 | 預貯金等合計額超過 |  |
| 第　　　段階 |  |
|  |
| 年　　　月　　　日まで |  |
| 配偶者課税状況 | 課税 ・ 非課税 | ３．未申告 (本人・家族・配偶者) |  |
| 給付制限 |  |
|  |
|  |
| 要介護状態区分 | 有 ・ 無 | 備考欄 |  |  |
|  |
|  |
| 支援( )　介護( )新規・更新・区変( / ) |  |
| 境界層 |  |
|  |
|  |
| 有 ・ 無 |  |
|  |
|  |
|  |

裏 面 も ご 記 入 く だ さ い

|  |
| --- |
| **照会同意欄**　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意します。　　　年　　　月　　　日＜ 本人 ＞　　　　　　〒　　　　－住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞＜配偶者＞　　　　　　〒　　　　－住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

申請者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 事業所が提出する場合は名称等を記入 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 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、世態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。