介護保険負担限度額認定申請書

年　　　月　　　日

幌延町長　　　　　　　　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　　　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　　　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、記入不要です。 |
| 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 | □ | 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の合計額が年額８０万円以下です。 |
| □ | 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、下記について記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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うえ添付してください。

(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。