負担限度額認定申請書

年　 月　　 日

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 | |  | | | | 保険者番号 | | |  | | | | |  |  |  |  |  |  | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 生 年 月 日 | |  | | | | 性 別 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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】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。 | | | | | | | | | | | 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 | | | | | |  |
| □ | 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】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○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 | | | | | | | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記につ。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。