様式3―13―1

介護保険負担限度額認定申請書

年　　　月　　　日

　　小林市長　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 | | 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市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市民税世帯非課税であって、  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○をしてください。)  　※　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④市民税世帯非課税であって、  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。　(受給している年金に○をしてください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市民税世帯非課税であって、  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。　(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  ※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1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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保有している場合は、その全てを記入し、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。