介護保険負担限度額認定申請書

様式第４１号（第３１条関係）

八百津町長　 宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日： 　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名（自署でない場合は、記名押印してください。） | ※  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 　大　・　昭　　　　 年　 　　 月　　 　日生 | 性 別 | 男　　・　　女 |
| 住　　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　）　　　　　－　　　　　 　 |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　）　　　　　－　　　　　　　 |
| 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。 |

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生 年 月 日 | 大　・　昭　・　平　年　　　　月　　　　日生 |
| 氏名 |  |
| 住　　　所 | □ 被保険者と同じ〒　　　－　　　 |
| 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 | 預貯金等の基準額 | 単身1,000万円（夫婦2,000万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税 | 課税年金収入額+その他の合計所得金額+非課税年金収入額【遺族年金※・障害年金】**合計額****（受給している年金に****○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。 | **年額 80万円以下** | 単身650万円（夫婦1,650万円）以下 |
| □ | **年額 80万円超****120万円以下** | 単身550万円（夫婦1,550万円）以下 |
| □ | **年額 120万円超** | 単身500万円（夫婦1,500万円）以下 |
| 預貯金額等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。６５歳未満の人単身1,000万円（夫婦は2,000万円）以下※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 |

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、その全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。