介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（宛先）小牧市長

　　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 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 性　　　別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明　・　大　・　昭　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（※） | 平・令　 　　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 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　・　平　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □ | ①-１生活保護受給者／①-２市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ②市町村民税世帯非課税者であって、  受給している非課税年金の保険者に〇印を付けてください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  課税年金収入額と【障害年金・遺族年金（※）】の収入額と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〇印を付けてください。）  ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | |
| □ | ③-１市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【障害年金・遺族年金】の収入額と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〇印を付けてください。） | | | | | |
| □ | ③-２市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【障害年金・遺族年金】の収入額と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〇印を付けてください。） | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  （通帳等の  写しは別添） | □ | 預貯金、有価証券の金額の合計が  ①-２の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下、②の方は650万円（夫婦は1,650万円）以下、  ③-１の方は550万円（夫婦は1,550万円）以下、③-2の方は500万円（夫婦は1,500万円）以下です。  ※第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の場合、①-２～③-２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。

小牧市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 備　　考 | 申請結果 |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 | （所得分布の状況等を記入） | 承認・非承認 |
| 適用年月日 | 年　　月　　日から | 利用者負担段階 |
|  |
| 有効期限 | 年　　月　　日まで |