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 |