|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

負担限度額認定申請書

令和　　　年　　月　　日

大島郡和泊町長　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 |  | 保険者番号 |  | 4 | 6 | 5 | 3 | 3 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | 5 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性　　　別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒　　　　-電話番号 |
| 入所(院)した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。 |
| 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 |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 電話番号 |
| 本年1月1日現在の住所 | ※現住所と異なる場合のみ記入 |
| 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市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって，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〇をして下さい。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※寡婦年金，かん夫年金，母子年金，準母子年金，遺児年金を含む。以下同じ。 |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって，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。 |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、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。 |
| 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②の方は1000万円（夫婦は2000万円），③の方は650万円（同1650万円），④の方は550万円（同1550万円），⑤の方は500万円（同1500万円）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 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※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。

**非該当　　１段階　　２段階　３段階①　３段階②**