|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**