別記

第32号様式（第25条第1項）

介護保険負担限度額認定申請書

（特老・老健・療養・短期）

年 　　月　　 日

　　多古町長　　　　　　　　様

　次のとおり関係書類を添えて、食事・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 |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 性　　　 別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 所 す る  居室の種別 | １　ユニット型個室　　　　　　　３　従来型個室  ２　ユニット型準個室　　　　　　４　多　床　室 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）  年月日（※） | 昭･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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　年　　月　　日 | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | |
| □ | ②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【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○をして下さい）  ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、准母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | |
| □ | 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８０万円を超え、１２０万円以下です。 | | | | | |
| □ | 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１２０万円を超えます。 | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※通帳等の写しは別添 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は１０００万円(夫婦は２０００万円)、②の方は６５０万円  (同１６５０万円)、③の方は５５０万円(同１５５０万円)、④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、①～④の方は１０００万円(夫婦は２０００万円)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所有している場合は、そのすべ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。