介護保険負担限度額認定申請書

記入例

（申請先）

武蔵村山市長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**令和〇**年　**〇〇**月　**〇〇**日

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 | **ムラヤマ　タロウ** | 被保険者番号 | **1234567890** |
| **村山　太郎**　　　　　　　　　　　　　印　 | 個人番号 | **123456789012** |
| 生年月日 | **Ｓ３．３．３** | 性別 | **男** |
| 住所 | 〒**208-8502**連絡先　**042-590-1233****武蔵村山市学園4－5－1****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。** |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒**208-1234**　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　**123-456-7890****介護保険施設** |
| 入所（院）年月日（※） | **令和２年１月１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**配偶者がいる場合にのみ記入お願いします。配偶者は、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。** | 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 | **ムラヤマ　ハナコ** |
| **村山　花子** |
| 生年月日 | **S5．5．5** | 個人番号 | **234567890123** |
| 住所 | 〒**208-8502**連絡先　**042-590-1233****本年の１月１日の住所が現住所と異なる場合に記入してください。****武蔵村山市学園4－5－1** |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合） | 〒**どちらかに〇印をつけてください。** |
| 課税状況 | 住民税　　　　　　課税　　　・　　　非課税 |

**該当項目にチェックしてください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申告区分 | 負担段階 | 収入、預貯金等の状況 |
| 収入等に関する申告 | □ | １ | 生活保護受給者／本人及び世帯全員が住民税非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □ | ２ | 本人及び世帯全員が住民税非課税であり、課税年金収入額と遺族年金※・障害年金収入額、その他の合計所得の合計額が**年額８０万円以下**です。※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 |
| □ | ３－① | 本人及び世帯全員が住民税非課税であり、課税年金収入額と遺族年金※・障害年金収入額、その他の合計所得の合計額が**年額８０万円を超え、かつ、１２０万円以下**です。 |
| □ | ３－② | 本人及び世帯全員が住民税非課税であり、課税年金収入額と遺族年金※・障害年金収入額、その他の合計所得の合計額が**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、１の方は１，０００万円（夫婦の場合は２，０００万円）、２の方は６５０万円（夫婦の場合は１，６５０万円）、３－①の方は５５０万円（夫婦の場合は１，５５０万円）、３―②の方は５００万円（夫婦の場合は１，５００万円）以下※です。※第２号被保険者の方は１，０００万円（夫婦の場合は２，０００万円）以下です。**預貯金、有価証券、現金等の金額を記入してください。複数の口座をお持ちの方は全ての合計額を記入し、全ての口座の通帳等の写しを添付してください。** |
| 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) | 内容(　　　　　　)円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名**申請者が被保険者でない場合に記入してください。** | 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、その全てを記入し、通帳等の写し（申請日から２か月前ま

での入出金の状況が記入されているもの）を添付してください。

**裏面の同意書欄を読み、署名、捺印をしてください。**

（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 裏面の同意欄本人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 配偶者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

裏面を御確認ください