**介護保険負担限度額認定申請書**

平成　　年　　月　　日

玉名市長　　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 |  | 被保険者番号 |  |  |
| 被保険者氏名 |  | ㊞ | 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(※) | 昭 ・ 平　　　　　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　　年　　月　　日 |
| 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) | 〒 |
|  |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　課税　　・　　非課税 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 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 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、**受給している全ての年金の保険者に○をしてください。****日本年金機構****地方公務員共済****国家公務員共済****私学共済**課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。　**（受給している年金に○をしてください。）**※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。 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。**（受給している年金に○をしてください。）** |
| 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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。※預貯金、有価証券に係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　（現金及び負債を含む。） | (　　　　　)※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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
3. 書ききれない場合は、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。

**【裏面あり】**