介護保険負担限度額認定申請書

**①**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　坂戸市長　あて

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | |  | | | | 被保険者番号 | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| 生年月日 | | | | 年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | ふりがな | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等および預貯金等に関する申告 | | □ | 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であって、  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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  〇課税年金収入額とその他の合計所得金額と【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○を付けてください。）  ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。  〇預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。  ※65歳未満の場合、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給している全ての年金の保険者に〇を付けてください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  〇課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円超え120万円以下です。（受給している年金に○を付けてください。）  〇預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  〇課税年金収入額とその他の合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○を付けてください。）  〇預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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 |  | | 申請者住所 |  |
| 連絡先（自宅・勤務先） | |  | 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。

介護保険負担限度額認定申請書

**①**