介護保険負担限度額認定申請書

令和　４年　　月　　日

（宛先）栃木市長

　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 | 男　・　女 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 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日の住所地が異なる場合の住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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】の収入額と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付けて下さい。以下同じです。)  ※遺族年金には、寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | |
| □ | 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】の収入額と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】の収入額と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  ※通帳等写しは別添 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が②の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の場合は650万円（同1,650万円）、④の場合は550万円（同1,550万円）、⑤の場合は500万円（同1,500万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）は、③～⑤の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券  （評価概算額） | 円 | その他  （含む現金・負債） | （　　　　　） ※  円 |

※内容を記入して下さい

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（携帯・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、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。