介護保険負担限度額認定申請書

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 | 性　　別 | 男　・　女 | 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（※） | 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 | □ | 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】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○して下さい)※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】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○して下さい) |
| 預 貯 金 等 に 関 す る 申 告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が１０００万円（夫婦は２０００万円）以下です。※預貯金、有価証券にかか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・負債を含む） | （　　　　　） ※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（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」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。