介護保険負担限度額認定申請書

**記入例**

**被保険者本人のお名前、被保険者番号、生年月日、住所、連絡先をご記入ください。**

令和●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 | **トチギ　タロウ** | | 被保険者番号 | | | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 被保険者氏名 | **栃木　太郎** | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・　**５　年　５月　５日生**  個人番号（マイナンバー）欄については**記入を前提としておりますが、未記入であっても受理可能です。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | **栃木市●●町●●１２－３４** | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先　**２１－２２５１** | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の 所在地及び名称  (※) | **※　施設に入所されている方は施設名をご記入ください** | | | | | | | | | | | | | | |
| **例　特別養護老人ホーム　○○〇**　連絡先　２１－２２５２ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | ・　　　　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 | **トチギ　ハナコ**  **同居の有無にかかわらず配偶者の方のお名前、ご住所、連絡先をご記入ください** | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | **栃　木　花　子** | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和　**６年　６月　６日** | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | **〒**  個人番号（マイナンバー）欄については**記入を前提としておりますが、未記入であっても受理可能です。**  **栃木市●●町●●１２－３４**  連絡先**２１－２２５１**  **該当の項目に○を付けてください** | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |

**注意事項（２）に記載のとおり通帳等の写しを添付**

**該当の項目に☑を付けてください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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８０万９，０００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、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。以下同じです。 | | | | | |
| □ | 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８０万９，０００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※通帳等の写しは別添 | ☑ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の場合は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 | | | | | |
| 預貯金額 | | **2,318,000**円 | 有価証券  （評価概算額） | **500,000**円 | その他  （現金・負債を含む） | （**現金**　） ※  **2,600,000**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　　**栃木　小太郎** | 連絡先（自宅・勤務先）**0282-21-2251** |
| 申請者住所　　**栃木市万町9番25号** | 本人との関係　　　**長男** |

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てください。

**申請者が被保険者本人以外の場合は記入してください**

(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。