介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　亀岡市長　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 | |  | | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | | | | | | | ２ | | | ６ | | | | | ２ | | | ０ | | | ６ | | | ３ | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | |
| 被保険者番号 | | ０ | | | ０ | | | ０ | | | | ０ | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　　　　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 | 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 | | □ | 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、その他の合計所得金額の合計額が年額８０．９万円以下です。　（受給している年金に○してください。以下同じ。）  ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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、その他の合計所得金額の合計額が年額８０．９万円を超え、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、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 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（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の方は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）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）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 |  | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 |

注意事項

○　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ものを含みます。

○　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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

○　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。

○　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。