様式第19号(第15条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

　　　年　　　月　　　日

（申請先）七ヶ浜町長

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 | 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 | 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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ②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  受給している全ての年金の保険者に○して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  (受給している年金に○して下さい)  年額80万円以下  ※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。 | | | | | |
| □ | ③-1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  (受給している年金に○して下さい)  年額80万円超～１２０万円以下 | | | | | |
| □ | ③-2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  (受給している年金に○して下さい)  年額120万円超 | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | □ | ①預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下 | | | | | |
| □ | ②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 | | | | | |
| □ | ③-1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 | | | | | |
| □ | ③-2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 | | | | | |
| 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」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。