介護保険負担限度額認定申請書

年　　 月　　 日

小平市長　殿

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　ｶﾞ　ﾅ |  | | 被保険者番号 | | | | １ | | ３ | | ０ | | ０ | |  | |  |  |  | |  |  | | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 生　年　月　日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　年　　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日（※） | 年　　月　　日 | ※介護保険施設に入所（院）していない場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **配　偶　者　の　有　無** | | **有**　　・　　**無** | | | | | | | | | | | | **※申請日時点において、既に配偶者が死別、離婚等している場合は「無」に○をしてください。**  。 | |
| 配偶者に関する事項 | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 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、記入不要です。 |
| 生　年　月　日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　所 | □被保険者と同じ（下記の住所欄は記入不要です。） | | | | | | | | | | | | |
| 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |

申請者に関する事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者との関係 | □その他（　　　　　　　　　）  □配偶者  □本人 | 左記において「本人」又は「配偶者」の場合は、以下の「住所」「氏名」については、記入不要です。  □配偶者  □配偶者 |
| 申請者住所 | 〒  電話番号 | |
| 申請者氏名 |  | |
|  | |

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) 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項の規定により、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。

裏面へ続く

収入及び預貯金額等の申告

１　被保険者の収入、預貯金等に関する申告

**※①～③の１つでも満たさない場合は対象外となり、申請することはできません。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | ①生活保護受給者または市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。  ②老齢福祉年金受給者については預貯金、有価証券等の金額の合計が  **１，０００万円（夫婦は２，０００万円）以下**です。  で | |  | ①市町村民税世帯非課税者です。  ②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８０万９千円以下です　　　　　 **（受給している年金に○して下さい）**  ③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**です。  　　　 ※第二号被保険者の方は、１，０００万円（夫婦は２，０００万円）以下です。 | |  | ①市町村民税世帯非課税者です。  ②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８０万９千円を超え１２０万円以下です。**（受給している年金に○して下さい）**  ③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**です。  ※第二号被保険者の方は、１，０００万円（夫婦は２，０００万円）以下です。 | |  | ①市町村民税世帯非課税者です。  ②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１２０万円を超えます。 **（受給している年金に○して下さい）**  ③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**です。  ※第二号被保険者の方は、１，０００万円（夫婦は２，０００万円）以下です。 | |

２　被保険者及び配偶者の預貯金等に関する申告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 金　額 | 添　付　書　類 |
| 預貯金  （普通及び定期） | 円  被保険者 | 通帳の写し  （口座名義人や口座番号が記載されているページ及び**直近２か月分以上**の出入金が確認できるページ） |
| 配偶者  円 |
| 投資信託、有価証券（株式、国債、地方債、社債等） | 円  被保険者 | 銀行、信託銀行、証券会社等の口座残高の写し  （**直近２か月分以上**の出入金が確認できるページ） |
| 円  配偶者 |
| 金、銀等（積立購入を含む）、購入先の口座によって時価評価額が把握できる貴金属 | 円  被保険者 | 購入先の銀行等の口座残高の写し |
| 円  配偶者 |
| 現金（タンス預金） | 円  被保険者 | 自己申告  （添付書類は不要です。） |
| 円  配偶者 |
| 負債（借入金、住宅ローン等） | 円  被保険者 | 借用証書等の写し  （**直近２か月分以上**の出入金が確認できるページ） |
| 円  配偶者 |
| 合　計 | 円 | ※本人名義の負債がある場合は、預貯金額などから差し引きます。 |
|  | | |

・直近２か月間の出入金がない場合は、２か月以前の写しでも構いません。

・口座残高等の提出は、ウェブサイトの画面コピーでも可能です。

・写しについては、Ａ４両面でお願いします。なお、糊付けは不要です。