介護保険負担限度額認定申請書

　　年　　月　　日

　古河市長　宛て

　　次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費（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 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　年　月　日 | 性別 | 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（※） | 　　　　　　　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、記入不要です。 |
| 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／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | 受給している全ての年金の保険者に〇を付けてください。日本年金機構地方公務員共済国家公務員共済私学共済 |
| □ | 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80万円以下です。（受給している年金に○を付けてください。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※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1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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、次の項目の記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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保有している場合は、その全てを記入し、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。