介護保険負担限度額認定申請書

令和４年度　更新申請用

令和　　　年　　　月　　　日

日　立　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
| 被保険者氏名 | | | | | |  | | | | | | | 個人番号 | |  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |
| 生年月日 | | | | | | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | 性別 | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | 〒  電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額80万円以下です。  　※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、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】の合計額が年額80万円を超えて120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】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1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円  （夫婦は1650万円）、④の方は550万円（夫婦は1550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は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 | | | | | | |
|  | | | | | | 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 | | | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市記入欄 | 課税状況 | | | 非課税　・　課税（　　　　　　） | | | | | | | | 生保・境界層 | 年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 公簿確認 | | | | | | | | | |
| 収入等 | | | 年金収入＋合計所得金額　（　　　　　　　　　　円） | | | | | | | | | 資産勘案 | | | | 適　・　否 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 要介護（支援）認定 | | | | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担段階 | |  | | | | 適用年月日 | | | 令和　　年　　月　　日から（申請月の初日・新規要介護認定日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |