|  |
| --- |
| 新規 ・ 更新 |

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

　　　　　　　　厚木市長 年　　月　　日

　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 | | 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 | □ | 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 | | | | | |
| □ | 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】収入額の合計額が年額80万円以下です。　（受給している年金に○して下さい。もらっていない場合は二重線で消して下さい。）  ※　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。 | | | | | |
| □ | 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】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。（受給している年金に○して下さい。もらっていない場合は二重線で消して下さい。） | | | | | |
| □ | 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】収入額の合計額が年額120万円を超えます。（受給している年金に○して下さい。もらっていない場合は二重線で消して下さい。） | | | | | |
| 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（夫婦は配偶者分も含む）は別添のとおりです。 | | | | | |
| 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者氏名 | 連絡先  （自宅・携帯・勤務先） |  |
| 届出者住所 | 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。生活保護受給者に限り、省略できます。
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。

