|  |
| --- |
| 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 令和　　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 | 明治・大正・昭和　　　　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 | □ | 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80万９千円以下です。　（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80万９千円超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。

