介護保険負担限度額認定申請書

**記入例**

西和賀町長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

**提出する日付**

次のとおり関係書類を添えて、食費、住居費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　**押印不要** | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　　日**住民登録地の住所をご記入ください。** | 性別 | 　　男　　・　　女 |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入居(院)施設の所在地及び名称 | 所在地 | 〒 | ※入所(院)していない場合及び短期入所利用の方は記入不要です |
| 名称 |  |
| 入所（院）年月日**配偶者有り又は無しのどちらかに○。** | 　　　　年　　　　月　　　　日**入所（院）の施設の住所、名称、****入所（院）年月日をご記入ください。** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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」は記載不要です |
| 配偶者に関する事項 |
| ふりがな氏名 | **被保険者が施設等に入所しており住民登録地が別世帯の場合にご記入ください。** | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 前年度１月１日現在の住所**令和５年１月１日の住民登録地が****町外の場合にご記入ください。**（現住所と異なる場合） | 〒**配偶者が町外居住で非課税に○をした場合、必ず非課税証明書を添付してください。** | 左記を記入した場合　配偶者の市町村民税課税状況 | 課税・非課税 |

|  |  |
| --- | --- |
| 収入等に関する申告書 | 1.市町村民税が世帯全員非課税　　　 2.その他（生活保護受給者・老齢福祉年金受給）**生活保護受給者及び老齢福祉年金受給者の方は２に○、それ以外の方は１に○をしてくだい。****非課税であることが条件です** |
| 預貯金等の申告（夫婦合計） | 預貯金、有価証券等の金額をご記入ください。また通帳等の写しを添付してください。 |
| 預貯金額　　　　　　　　　円 | 有価証券・信託　　　　　　　円**・配偶者がいる場合は、記入額はすべて夫婦合計額をご記入ください。****・預貯金額を記入し、通帳の写し（普通預金の残高、定期預金及び氏名のわかるページ）を添付してください。****・有価証券は現在の評価概算額を記入し、価格評価額を確認できる書類を添付してください。（書類の入手が容易な場合）****・「その他」の欄は、ご自宅等の手持ち現金、負債（借金）等をご記入ください。****名目と金額を記入し、負債の場合は―（マイナス）を付けてください。****・また、記載欄に入りきらない場合は別紙に記入の上添付してください。** | その他(現金・負債を含む)　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 町処理欄 | 交付年月日 | 生活保護 | 利用者負担段階　　　　第　　　　　段階 |
| 年　　月　　日 | 有・無 | 判定所得金額　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 適用年月日 | 老福年金 | （内訳）合計所得　　　　　　　　円、年金収入　　　　　　　円 |
| 年　　月　　日 | 有・無 |
| 有効期限 | 保険料 | 預貯金額等合計額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 年　　月　　日 | 第　　段階 | 配偶者課税状況 | 課税・非課税 |
| 要介護度 | 給付制限 | 審査結果 | １、該当２、非該当課税（本人・家族・配偶者）、　預貯金等合計額超過３、未申告（本人・家族・配偶者） |
| 要支援支援（　　　）要介護（　　　）新規・更新・区変（　/　） | 有・無 |
| 境界層 |
| 有・無 |
| 備考欄 | システム入力 |

裏面もご記入ください。

|  |
| --- |
| 照会同意書欄介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について照会することに同意します。　　**提出する日付をご記入ください。**　　　　　　　年　　　月　　　日（本人）　住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　（配偶者）住所　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記については不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 事業所が提出する場合は名称等を記入 |  |
| 申請者氏名 |  |
| 電話 | （　　） |
| 住所 |  | 本人との関係 | **押印不要** |

送付先

　〒　　　　－

**限度額認定証の送付を希望する送付先（郵便番号、住所、宛名又は入所施設名）を記入してください。**

**ケアマネが代理提出し、証を受け取る場合も記入してください。**

　住所

　宛名

（注）

１　預貯金等については、同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

してください。

２　書きき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。

３　虚偽の申告により不正に特定入所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、返還していただくことがあります。