介護保険負担限度額認定申請書

西和賀町長　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

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 |  | | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 |  | | 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 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | 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  （現住所と異なる場合） | | | 〒 | | | 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） | | |
| 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 | 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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者の課税状況及び所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。  　　　　　令和　　　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**（代理記入の場合は必須）**。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 連絡先 |  | | |
| 住所 |  | | | 本人との  関係 |  |

送付先

　〒　　　　－

　住所

　宛名

注意事項

（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または、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。