様式第29号(第4条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

　蟹江町長　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 | 　　　　　　　　　　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 | □ | 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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。　　(受給している年金に○して下さい)　※　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。 | 　 | 　 |
| 受給している全ての年金の保険者に○して下さい　日本年金機構地方公務員共済国家公務員共済私学共済 |  |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額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(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同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※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。

|  |  |
| --- | --- |
| 　申請者氏名 | 連絡先(自宅・勤務先) |
| 　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保有している場合は、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。