別記様式第24号(第15条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

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 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
| 個人番号 |  |
| 生年月日 |  | | | |
| 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（※） |  | （※）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 |  | |
| 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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| □ | ②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８０．９万円以下です。（受給している年金に〇をしてください。）  ※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。 | | | | | | |
| □ | ③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８０．９万円を超え、１２０万円以下です。（受給している年金に〇をしてください。） | | | | | | |
|  | □ | ④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〇をしてください。） | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が、次の金額以下です。  第1号被保険者で①の場合は1000万円(夫婦は2000万円)、②の場合は650万円(夫婦は1650万円)、③の場合は550万円(夫婦は1550万円)、④の場合は500万円(夫婦は1500万円)  第2号被保険者(40歳～64歳)の場合は1000万円(夫婦は2000万円)  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券 | 円 | その他  （現金・負債を含む） | （ | ）※ 円 |
|  |  | |  | （評価概算額） |  |  |  |

※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。

（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。