別記様式第２３号（第１７条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

　　　登別市長　様

　　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 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称  （※） | 〒 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 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 | 配偶者の有無が「無」の場合、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 |  | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と  異なる場合） |  | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| □ | 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1,000万円（夫婦は2,000万円）、  ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、  ⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所  　〒 | 本人との関係 |

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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、その全てを記入し、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。

|  |  |
| --- | --- |
| 結果通知・証送付先 | □自宅（住民票所在地（設定送付先優先））□　入所施設　□　その他（　　　　　　　　　） |

**※以下、市記入欄**

【　課税層に対する特例減額措置該当要件　確認欄　】

* ①　属する世帯の構成員の数が２以上（施設入所により世帯が分かれた場合も、なお同一世帯とみなす。

②～⑥において同じ。）

* ②　介護保険施設又は地域密着型介護老人福祉施設に入所し、利用者負担第４段階の食費及び居住費を負担して

いる。

* ③　全ての世帯員及び配偶者について、サービスを受けた日の属する年の前年の公的年金等の収入金額と年金以

外の合計所得金額（長期譲渡所得又は短期譲渡所得の特別控除の適用がある場合には、控除すべき金額を控

除して得た額）の合計額から、利用者負担、食費及び居住費の年額見込みの合計額を控除した額が８０万円以下

である。

* ④　全ての世帯員及び配偶者について、現金、預貯金、合同運用信託、公募公社債等運用投資信託及び有価証券

の合計額が４５０万円以下である。

* ⑤　全ての世帯員及び配偶者について、居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し

得る資産を所有していない。

* ⑥　全ての世帯員及び配偶者について、介護保険料を滞納していない。