介護保険負担限度額認定申請書

第１２号様式（第２０条）

　　　　　年　　　月　　　日

君津市長　　　　　　　　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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 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 | 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する  申告 | □ | 第１段階 | | 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 | | | | | | |
| □ | 第２段階 | | 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非課税年金  （遺族年金※・障害年金）収入額の合計額が年額８０万円以下  **（受給している年金に○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。 | | | | | 年  金  保  険  者 | 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 |
| □ | 第３段階① | | 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非課税年金  （遺族年金・障害年金）収入額の合計額が年額８０万円超１２０万円以下  **（受給している年金に○をしてください）** | | | | |
| □ | 第３段階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非課税年金  （遺族年金・障害年金）収入額の合計額が年額１２０万円超  **（受給している年金に○をしてください）** | | | | |
| □ | その他（境界層該当・特例減額措置） | | | | | | | | |
| 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に示す金額以下（預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり）  【第１段階】１，０００万円（夫婦は２，０００万円） 【第２段階】　 ６５０万円（夫婦は１，６５０万円）  【第３段階①】　５５０万円（夫婦は１，５５０万円） 【第３段階②】　５００万円（夫婦は１，５００万円）  ＊第２号被保険者は、利用者負担段階にかかわらず、単身１，０００万円（夫婦は２，０００万円） | | | | | | | | |
| 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、下記について記入は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 連絡先電話番号 |
| 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うえ添付してください。

(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。