様式第２４号(第２９条関係)

**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　年　　月　　日

（申請先）　薩摩川内市長　　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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 被保険者氏名 |  |
|
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 |  |
|  連絡先 |
| 入所（院）した介護保険施設の名称(※) |  |
|   |
| 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。※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80万円超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（※通帳の写し等は別添） | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の場合1000万円（夫婦2000万円）、③の場合650万円（夫婦1650万円）、④の場合550万円（夫婦1550万円）、⑤の場合500万円（夫婦1500万円）以下です。（※第２号被保険者の場合：預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦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 |

※申請者が被保険者本人または配偶者以外の場合は、下記申請者氏名等もご記入ください。

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

注意事項

⑴　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。

⑵　預貯金等については、預貯金等を複数所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。

⑶　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （薩摩川内市記入欄） | 交付年月日 | 適用年月日 | 有効期限 |
| 　　　年　　　月　　　日 | 年　　月　　日から | 年　　月　　日まで |
| 課税状況： 非 ・ 課 ・ 未 | 所得： ～80万円 ・ 80万円～120万円 ・ 120万円～ | 預金： 基準以上 ・ 基準以下 |
| 合計所得金額 | 課税年金収入額 | 非課税年金収入額 | 合計 | 利用者段階 |
|  |  |  |  | １ ・ ２ ・ ３① ・３②・ ４ |