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 | |