別記様式5－13

介護保険負担限度額認定申請書

平成　　　年　　　月　　　日

（申請先）　木古内町長

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 | 印 | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | 性　　別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 電話　　　　 　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した  介護保険施設の所在地および名称 ※ | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 電話　　　　 　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日  ※ | 昭　・　平　　　　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 | ※世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の場合は｢有｣として記載してください。  ※左記において｢無｣の場合は、以下の｢配偶者に関する事項｣は記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配  偶  者  に  関  す  る  事  項 | フリガナ |  | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | 印 | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話　　　　 －　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日  現在の住所 | （上記住所と異なる場合のみ記入してください。）  〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する  申告 | □ | 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 | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  受給している全ての年金の保険者に○して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  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８０万円以下です。　　　　**（受給している年金に○して下さい）**  ※　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。 | | | | | |
| □ | 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８０万円を超えます。　　　**（受給している年金に○して下さい）** | | | | | |
| 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1,000万円(夫婦は2,000万円)以下です。  ※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  (評価概算額) | 円 | そ の 他  (現金･負債を含む) | ※(　　 　)  円 |

※｢現金｣｢負債｣の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（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | 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。

【木古内町記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生活保護受給者 | 該当 ・ 非該当 | 老齢福祉年金受給 | あり ・ なし | 境界層該当 | あり ・ なし |
| 市民税課税状況 | 本人 | 世帯 | 配偶者 | 預貯金等 | 超過 ・ 範囲内 |
| 課 ・ 非 | 課 ・ 非 | 課 ・ 非 | 決　定　区　分 | １・２・３・４ |