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 |