**負担限度額認定申請書**

様式第２５号（第１４条関係）

年　　　　月　　　　日

美馬郡つるぎ町長　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 | |  | | | | 保 険 者 番 号 | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  |
| 個人番号 |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 生　年　月　日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | 性　　 　　別 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | | **〒**  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介 護 保 険 施 設  の 所 在 地 及 び  名 称（※） | | **〒**  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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】　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。（受給している年金に○して下さい）  受給している全ての年金の保険者に〇して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  ※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】  収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、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】  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  ※通帳等の写しは別添 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が　②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、　③の方は650万円（同1650万円）、　④の方は550万円（同1550万円）、　⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。　　※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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 |  | 本人との関係 |

注意事項

* 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。
* 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。
* 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。
* 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。