**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　　月　　　日

　　郡上市長　　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 |  | 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　 | 被保険者番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性　　　　別 | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　　　　　年　　　月　　　日　 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　 郡上市 |
|
| 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 | 明治・大正・昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日　　 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　 |
|
| 本年1月1日の住所（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 | □ | 生活保護受給者／市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | 預貯金等の基準額 | 単身：1,000万円以下夫婦：2,000万円以下 |
| □ | 市町村民税非課税であって、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８０万９千円以下です。※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺族年金を含みます。以下同じ。 | 単身：650万円以下夫婦：1,650万円以下 |
| □ | 市町村民税非課税であって、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８０万９千円超１２０万円以下です。 | 単身：550万円以下夫婦：1,550万円以下 |
| □ | 市町村民税非課税であって、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１２０万円超えます。 | 単身：500万円以下夫婦：1,500万円以下 |
| 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、上記の基準額以下です。※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(評価額概算) | 円　 | その他（現金・負債を含む） | （　　　　　　）※内容を記入　円 |

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

(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うえ添付してください。

(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。