様式第25号（第26条関係）

**介護保険負担限度額認定申請書**

申請日：　　年　　月　　日

湖南市長　宛

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。

（１）申請者本人に関する事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日（※） | 昭・平　　年　　月　　日 | （※）介護保険施設に入所していない場合は記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |

（２）配偶者に関する事項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | 有　・　無 | →無の場合は（３）欄をご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  配偶者氏名 |  | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　 　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所  （現住所と異なる場合） | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市民税　　　　　　　　課税　　　　・　　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

（３）申請理由および預貯金に関する申告（該当する箇所に☑および記入をしてください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □①生活保護受給者／②市民税世帯非課税者であって老齢福祉年金受給者 | | |
| □③市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80万円以下です。（受給している年金に◯してください）   * 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。 | | |
| □④市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、120万円以下です。（受給している年金に◯してください） | | |
| □⑤市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120万円を超えます。（受給している年金に◯してください） | | |
| 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次の金額以下です。  第１号被保険者で①～②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)。  ※第２号被保険者(40歳以上64歳以下)の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)。 | | |
| 預貯金額 | 有価証券（評価概算額） | その他（現金・負債を含む） |
| 円 | 円 | 円  内容（　　　　　　　　　　　） |
| 申請者　　住所  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（自宅・勤務先） | | | |

※注意事項

　（１）この申請書における「配偶者」は、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。

　（２）同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

　（３）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。

（４）別紙の同意書も必ず提出してください。提出がないと認定はできません。