第17号様式（第20条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

（宛先）阿久根市長

年　　月　　日

次のとおり関係書類を添えて、食事・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | | ４ | ６ | ２ | ０ | ６ | ９ |
| 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 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 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)していない場合や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 | |  | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | 個人番号 | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | 課税状況 | | 市町村民税　　課　税・非課税 | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等・預貯金等に関する事項  ※　預貯金、有価証券に係る写しは別添 | | 該当 | 収入等区分 | | | | | | | 預貯金等区分（夫婦の場合）  対象者が65歳以上の場合 (※) | | | | | | | | | | | |
| □ | 生活保護受給者 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税世帯非課税である老齢年金受給者 | | | | | | | 1,000万円（2,000万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| □ | 世帯全員が市町村民税非課税で課税年金収入額、合計所得金額、遺族年金・障害年金収入額の合計額が右の額である者（※） | | 80万円以下 | | | | | 650万円（1,650万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| □ | 80万円超  120万円以下 | | | | | 550万円（1,550万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| □ | 120万円超 | | | | | 500万円（1,500万円）以下 | | | | | | | | | | | |
| ※　次の年金を受給している場合は該当するものに〇をしてください。  　　遺族年金、寡婦年金、かん夫年金、準母子年金、遺児年金、障害年金  ※　対象者が65歳未満（第２号被保険者）の場合の預貯金等の額は、預貯金等区分の額にかかわらず、1,000万円（夫婦は2,000万円）以下となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。) | | （内容　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、世帯の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世帯は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

３　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項の規定により、支給された及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。