　様式第30（第22条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

　　年　　月　　日

（宛先）津島市長

　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 | | | | |  | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | | | |  | | | | | | | | 性　　別 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | 〒  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名  （本人の場合は不要) | | | | | （続柄　　　　　　）  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、  受給している全ての年金の保険者に〇してください  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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額  の合計額が年額80.9万円以下です。（受給している年金に〇をしてください。以下同じ）  ※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【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額  の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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】の収入額、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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現金及び  預貯金額 | | | | | 円 | | 有価証券  （評価概算額） | | | 円 | | | その他  （負債等） | | | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 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。  津島市使用欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | | | | □同意書　□通帳等の写し | | | | 交付年月日 | | | 年 　月 　日 | | | | | | | 受付 | | | | | | 確認 | | | | 発行 | | | |
| 本人世帯 | | | | 非課税 ・ 課税 | | | | 満期年月日 | | | 年 　月 　日 | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |
| 配偶者 | | | | 非課税 ・ 課税 | | | | 有効期限 | | | 年 　月 　日 | | | | | | |
| 資産 | | | | 範囲内 ・ 超過 | | | | 備考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担段階 | | | | 段階 | | | |

　　　備考　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。