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。