第17号様式（第17条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　 　月　 　　日

東秩父村長　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 | |  | | 被保険者番号 | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 個人番号 | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生　年　月　日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　年　　　　　月　　　日 | | 性　　別 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）していない場合及びショートステイを利用している場合は、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 ・ 大 ・ 昭　　　　　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、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】（受給している年金に〇をつけてください。以下同じ。）  の収入額、その他の合計所得金額の合計額が、年額80万円以下です。  　※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80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | |
| □ | ⑤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。 | | | | | |
| 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） | （　　　　　 　）※  　　　　　　　 円 |

※内容を記入してください

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。