（表）

様式第17号(第18条関係)

**介護保険負担限度額認定申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者番号 |  |
| フリガナ被保険者氏名 |  　 | 被保険者番号 |  |
| 　 | 個人番号 |  |
| 生 年 月 日 | 　　　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（院）年月日　（※） | 　　　　　年　　月　　日 |
| 負担限度額申請事由 | １　生活保護受給者の方　又は、老齢福祉年金受給者で、世帯全員が市町村民税非課税の方２　世帯全員が市町村民税非課税で、本人の課税年金収入額と【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８０万円以下の方　　　　　　　（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。

３　世帯全員が市町村民税非課税で、本人の課税年金収入額と【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８０万円超える方　　　　　　　（受給している年金に○してください） |
| 　　出雲市長　様上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をするとともに、私及び世帯員の市町村民税課税状況について税担当課の資料により調査されることに同意します。　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　申請者　　　　　　　 　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  |

　※介護保険施設に入所（院）しない場合には、記入は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 　交付年月日 | 備　　　　考 |
| 　　年　　月　　日 | 所得区分等の状況 | 　　　１　　　２　　　３①　　３②　　　４ |
| 　適用年月日 | 決定情報 | （　　承認する　　・　　しない　　） |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　から | 負担限度額 |  |
| 　有効期限 | その他状況 |
| 　　年　　月　　日　　　　　　　まで |

市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

（裏）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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】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。 (受給している年金に○してください。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 |

注意事項

　⑴　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。

⑵　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、通帳等の写し

を添付してください。

⑶　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。

⑷　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。