介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

北栄町長　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 | | | 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  （※） | 昭 ・ 平　　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 | 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 | □ | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。 | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | |
| 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 |

注意事項 ※内容を記入してください

(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、そのすべてを記入し、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。

　　【申請者についての記載欄】

**※申請者が被保険者本人の場合は、氏名のみ記載**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  □被保険者本人  □代理人  ※該当する方に  ☑チェック | 住所 | 代筆者 | 住所　〒 |
| 氏名 | 氏名 |
| 電話番号 | 申請者との関係 |
| 被保険者との関係 |

【代理人の確認書類】（右記に✔チェック）□登記事項証明（成年後見人等の場合）　□委任状（下記のとおり）

【提出代行者についての記載欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出  代行 | 住所または  施設等の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　TEL | 代行施設等 | □地域包括支援センター  □居宅介護支援事業者  □指定介護老人福祉施設  □指定介護老人保健施設  □指定介護療養型医療施設  □その他  （　　　　　　　　　　 ） |
| 氏名または  施設等の名称  （※施設等の場合は  担当者名も記載） | ㊞  　　　　　　　　　　　　　　　※施設等による提出代行の場合のみ施設印を押印 |
| 申請者との関係 |  |

【委　任　状】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（被保険者） | | 代理人（委任者に代わって手続きをする人） | | | |
| 住　所 |  | 住　所 | |  | |
| 氏　名 | ㊞ | 氏　名 | |  | |
| 生年月日 |  | 生年月日 | |  | |
| 私は右記の者を代理人とし、介護保険負担限度額認定の申請に関する手続きを委任します。  平成　　　年　　　　月　　　　日 | | 代理人が施設等の従業員の場合は、所属する事業所名等も以下に記入してください。 | | | |
| 施設等 | 所在地 | |  |
| 名　称 | |  |

【北栄町記入欄】受付者（　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者本人の申請 | | 代理人の申請 | | |
| 個人番号の確認 | 身元確認 | 代理権の確認 | 代理人の身元確認 | 被保険者本人の  個人番号の確認 |
| 個番カ（原本・写）  通知カ（原本・写）  その他  （　　　　　　　　　） | 個番カ　運免　運経　旅券　身体手帳  精神手帳  その他  （　　　　　　　） | 登記事項証明（成年後見等）  委任状  その他  （　　　　　） | 個番カ　運免　運経  旅券　身体手帳  精神手帳  その他  （　　　　　　　　） | 個番カ（原本・写）  通知カ（原本・写）  その他  （　　　　　　　　　） |