

別記第27号様式 (第15条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先) 稚内市長

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	⑩	個人番号																		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女																	
住 所	電話 () -																			
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	電話 () -																			
施設入所年月日(※)	昭・平 年 月 日	(※)介護保険施設等に入所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」についての記載は不要です。																	
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏 名																			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	個人番号																	
	住 所	電話 () -																		
	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	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者																		
	<input type="checkbox"/>	市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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に○をしてください) ※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。															受給している全ての年金の保険者に○をしてください			
	<input type="checkbox"/>	市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と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超えます。(受給している年金に○をしてください)															日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済			
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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	有価証券(評価概算額)	その他(現金・負債を含む) () ※																
		円	円	円																

※内容を記入してください。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		電 話	

申請者が被保険者本人の場合は、記載不要です。

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。

【事務処理欄】

生活保護受給	有・無	老齢福祉年金	有・無	境界層該当	有・無
市民税課税状況（本人）	課・非	市民税課税状況（世帯）	課・非	市民税課税状況（配偶者）	課・非
課税年金収入等	円	預貯金等	超過・以下	負担段階	1・2・3・4
交付年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		