様式第31号（第30条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

塩竈市長　殿

　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 |  |
| 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・ 令　　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 | 大・昭　　 　　年　　 　　月　　　 　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒連絡先　　　　（　　　）　　　　　 |
| (本年1月1日時点の住所)※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 | □ | 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者・生活保護受給者 |
| 市町村民税世帯非課税者であり、課税年金収入額と年金以外の合計所得金額※①と【遺族年金※②・障害年金】収入額の合計額が80.9万円超～120万円以下120万円超80.9万円以下 |
| □ |  | □ |  | □ |  |
| ※①合計所得金額は、地方税法上の合計所得金額(収入から必要経費を控除した額)から譲渡所得に係る特別控除額を差し引いた金額です※②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。 |
| **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1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 |
| □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1,650万円）以下です。 |
| □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1,550万円）以下です。 |
| □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1,500万円）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　※内容を記入して下さい |

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。