第14号様式（第25条関係）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

南九州市長　　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 | | |  | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | 4 | 6 | 2 | 2 | 3 | 4 |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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，記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | 個人番号 | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入・預貯金等に関する事項 | □ | 生活保護受給者 | | | | | | | | | | | | | | 対象者が65歳以上の場合  預貯金額（夫婦の場合） | | | | | | | | | |
| 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | 1000万円（2000万円）以下 | | | | | | | | | |
| □ | 世帯全員が　市町村民税　非課税 | | 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 | | | | | | | | | | | | 650万円（1650万円）以下 | | | | | | | | | |
| □ | 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80万円超120万円以下 | | | | | | | | | | | | 550万円（1550万円）以下 | | | | | | | | | |
| □ | 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120万円超 | | | | | | | | | | | | 500万円（1500万円）以下 | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | 【（内容）　　　　】  　　　　　　　　円 | | | | | | |

**受給している全ての年金の　保険者に○して下さい。**

**日本年金機構**

**地方公務員共済**

**国家公務員共済**

**私学共済**

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・携帯・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

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。

⑶　書ききれない場合は，余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。

　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。