様式第１２号（第１０条関係）

令和　　年　　月　　日

（宛先）高松市長

介護保険負担限度額認定申請書

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 市民税　　　　　　課税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | □ | ①生活保護受給者／②市民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| □ | ③市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】（受給している年金に○をしてください。以下同じ。）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。 | | | | | | 受給している遺族年金及び障害年金の保険者全てに〇をしてください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 |
| □ | ④市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 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方及び第２号被保険者の方は１０００万円（夫婦は２０００万円）以下、③の方は６５０万円（同１６５０万円）以下、④の方は５５０万円（同１５５０万円）以下、⑤の方は５００万円（同１５００万円）以下です。※預貯金、有価証券に係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） | （　　　　　　）内容記入  円 | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入は不要です。

受付担当者は裏面も記入してください。

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

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。

受付担当者は裏面も記入してください。

２　この申告書における「遺族年金」については、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。

３　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、その合計額を記入し、通帳等の写しを添付してください。

４　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。

５　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、支給された額及びその最大２倍に相当する額の加算金を返還していただくことがあります。

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護区分 | 認定期間 | 世帯課税 | 老福 | 生保 | 給付制限 |
| 支・１・２・３・４・５ | ～ | 非　・　課 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |

＜受付担当者記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| 職権確認  (個人番号) |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 個人番号  確認書類 | １　個人番号カード　　　２　通知カード　　３　個人番号が記載された住民票等  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 申請者  確認書類 | １点のみで可 | １　個人番号カード　２　運転免許証　３　身体障害者手帳等  ４　介護支援専門員証  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２点確認必要 | １　介護保険被保険者証　２　医療保険証　３　介護保険納入通知書  ４　長寿手帳　５　包括・事業所の職員証  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

受付担当者は裏面も記入してください。

受付担当者は裏面も記入してください。

受付担当者は裏面も記入してください。

受付担当者は裏面も記入してください。