様式第24号（第15条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

　　 年 　　月 　　日

名寄市長　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 |  | 被保険者番号 | |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 | |  |
| 生 年 月 日 | 年　 　月　　 日 | 性　別 | | 男 ・ 女 |
| 住　　　所 | 〒 | | 電話番号 | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称(※) | 〒 | | 電話番号 | |
| 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、記載不要です。 | | |
| 配偶者に関する事項 | フ リ ガ ナ |  | | | |
| 氏 　　名 |  | | | |
| 生 年 月 日 | 年 　　月　　 日 | 個人番号 | |  |
| 住　 　所 | 〒 | | 電話番号 | |
| 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 | □ | ①生活保護受給者 ／ ②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □ | ③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○して下さい。以下同じ。）**  **※　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。** |
| □ | ④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、120万円以下です。 |
| □ | ⑤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と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が  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の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。  ※第2号被保険者の場合、③～⑤の方は1000万（夫婦は2000万円）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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先電話番号 （ 自宅 ・ 勤務先 ） |
| 申請者住所　〒 | 被保険者との関係 |

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。

**◎ 同意書もご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 入力 | 担当 |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 室長 | 主幹 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

名寄市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 年　　　月　　 　日 | 負担段階 | 第　　　段階 |
| 適用年月日 | 年　　　月　 　　日 | 世帯の課税状況 | 課税　・　非課税 |
| 有効期限 | 年　　　月　 　　日 | 資産の状況 | 基準以下　・　基準超 |
| 判定結果 | 承認　・　却下 | 収入等 | 課税年金　　　　　　　　　　　　円 |
|  |  |  | 非課税年金　　　　　　　　　　　円 |