別記様式第3号(第8条関係)

**介護保険負担限度額認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等の名称及び所在地  (※) | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日  (※) | 年　　　月　　　日 | ※介護保険施設等に入所(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、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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生活保護受給者又は②市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| □ | ③市町村民税非課税世帯であつて、  　課税年金収入額、【障害年金・遺族年金＊】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が  ***年額80.9万円以下***です。(【　】内の受給している年金に○印を付してください。以下同じ。)  　＊寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | |
| □ | ④市町村民税非課税世帯であつて、  　課税年金収入額、【障害年金・遺族年金＊】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が  ***年額80.9万円超、120万円以下***です。 | | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税非課税世帯であつて、  　課税年金収入額、【障害年金・遺族年金＊】の収入額及びその他の合計所得金額の合計額が  ***年額120万円超***です。 | | | | | | |
| 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1,000万円(夫婦の場合は、2,000万円)、  ③の方は650万円(夫婦の場合は、1,650万円)、④の方は550万円(夫婦の場合は、1,550万円)、  ⑤の方は500万円(夫婦の場合は、1,500万円)以下です。  ※第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合は、③～⑤の方は1,000万円(夫婦の場合は、2,000万円)以下です。 | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券  (評価概算額) | 円 | その他  (現金、負債等) |  | 円 |
|  | 円 |

注意事項

　1　この申請書における「配偶者」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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

　3　記入し切れない場合は、余白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項の規定により、支給された額及びその額の最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

|  |
| --- |
| 宇治市長宛て  　上記のとおり食費・居住費又は滞在費に係る負担限度額認定の申請をします。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　申請者  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄 |

受付印　　　　　　　　　　　　　　　　　〈市記入欄〉

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者負担段階　【　　　　】　　区分　特養、老健、療養型、医療院、小規模特養、その他