**介護保険負担限度額認定申請書**

**様式第３５号**（本則関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

小田原市長　様

食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | 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※ | | | | 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 | | | 明・大・昭・平　　年　月　　日 | | | | 個人番号 | |  |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 住　　所 | | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日  時点の住所※ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | ※現住所と異なる場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | | 市町村民税　　　　　　　課税　・　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入、預貯金等に関する申告 | | □ | 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です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。  （受給している非課税年金の種類に○を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 左の年金に係る年金保険者  □日本年金機構  □国家公務員共済組合  □地方公務員共済組合  □日本私立学校振興・共済事業団 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。（受給している非課税年金の種類に○を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、非課税年金（遺族年金・障害年金）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。  （受給している非課税年金の種類に○を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は１，０００万円（配偶者と合わせて２，０００万円）、  ③の方は６５０万円（配偶者と合わせて１，６５０万円）、④の方は５５０万円（配偶者と合わせて１，５５０万円）、⑤の方は５００万円（配偶者と合わせて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、③～⑤の方は１，０００万円（配偶者と合わせて２，０００万円）以下です。  ※預貯金、有価証券等に係る通帳等（配偶者分を含む。）の写しは、別添のとおりです。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  ※内容を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者が被保険者の場合には、下記について記載は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者住所　〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　１　この申請書における「配偶者」には、内縁関係の方や住民票上世帯が異なる配偶者を含みます。

２　この申請書における「遺族年金」には、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

３　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その全てを記入し、通帳の写しを添付して

ください。

４　記入欄が不足する場合は、余白に記入するか、又は別紙に記入した書類を添付してください。

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | | | |
| ①非課税年金収入額 | 円 | 預貯金等金額 | 円 |
| ②課税年金収入額 | 円 | （　　　　　　　　　　　　　）人世帯 | |
| ③合計所得金額 | 円 | 世帯課税　　有・無 | 本人課税　　有・無 |
| ①＋②＋③ | 円 | 第　　　段階（　　　　年　　月　　日から適用） | |