

鳩山町長 宛て

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

[B]

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| フリガナ | ハトヤマ タロウ | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 被保険者氏名 | 鳩山 太郎 | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和 24 年 7 月 1 日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒350-0324 鳩山町大字大豆戸184-16 | | | | | | 連絡先 049-296-1210 | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※) | 〒350-0321 鳩山町大字赤沼111-11 特別養護老人ホーム 鳩山園 | | | | | | 連絡先 049-296-1111 | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) | 令和 6 年 10 月 1 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。 | | | | | |

[C]

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---------------------------------------|-----------------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 配偶者の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 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 | ハトヤマ ハナコ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 鳩山 花子 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和 29 年 5 月 3 日 | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 同上 | | | | | | 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 | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 | | | | | |

[D]

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---|-------------|----------|---------------|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> | 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 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ③市町村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】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。 <small>(受給している年金に〇して下さい) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母年金、遺児年金を含みます。以下同じ。</small> | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ④市町村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。 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | ⑤市町村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 ※通帳等の写しは別添 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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(40歳以上64歳以下)の場合、③~⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 | | | | | | | | | | |
| | 預貯金額 | 5,000,000円 | 有価証券(評価概算額) | 500,000円 | その他(現金・負債を含む) | (タンス預金)※ 100,000円 ※内容を記入してください | | | | | | |

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。

[E]

| | | | |
|-------|----------------|-------------|--------------|
| 申請者氏名 | 鳩山 花子 | 連絡先(自宅・勤務先) | 049-296-1210 |
| 申請者住所 | 鳩山町大字大豆戸184-16 | 本人との関係 | 妻 |

注意事項

- 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。
- 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、通帳等の写しを添付してください。
- 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。
- 虚偽の申請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。

～記載方法～

【A】から【E】まで順番に記載してください。

【A】申請日を記載してください。

【B】①被保険者(認定者)氏名を記載してください。

②被保険者(認定者)番号を0を省略せずに全10桁で記載してください。

※1 お手持ちの介護保険被保険者証(青色)を参考にしてください。

③被保険者(認定者)の生年月日、住所、電話番号を記載してください。

※2 住所が鳩山町の場合、鳩山町から記載してください。

※3 町外の場合、都道府県名から記載してください。

※4 電話番号は、市外局番から記載してください。

④限度額認定を申請した時点で、介護保険施設に入所されている場合、入所先の施設住所及び施設名、電話番号を記載してください。

※5 これから介護保険施設に入所される方やショートステイのみ利用希望の場合、記載しないでください。

⑤介護保険施設の入所日を記載してください。

※6 入所日が分からない場合、未記載でも問題ありません。

【C】①被保険者(認定者)の配偶者の有無について、○をつけてください。

②配偶者の氏名、生年月日、住所、電話番号を記載してください(※該当の場合のみ)

※7 被保険者(認定者)と同住所の場合、同上と記載してください。

※8 申請年の1月1日の住所が現住所と異なる場合、当時の住所を記載してください。

③配偶者の課税状況について、課税・非課税のいずれかに○をつけてください。

【D】①被保険者(認定者)の申請年の前年の収入状況について、該当する箇所にチェックをつけてください。

※9 申請書記載段階で確認ができない場合は、チェックはつけずお持ちください。

窓口で確認のうえ、記載をしていただきます。

※10 遺族年金や障害年金の自己申告が必要なケースがありますので、申請前にご確認ください。

②被保険者(認定者)及び配偶者の預貯金額等を記載し、申請書記載の上限額を超えない場合は、□にチェックをしてください。

※11 必要に応じて、通帳の写し等の用意をしてください。詳しくは「介護保険負担限度額認定の申請に必要なもの」をご確認ください。

【E】①被保険者(認定者)に代わって親族等が申請する場合、申請者の氏名、住所、連絡先、被保険者(認定者)本人との関係性を記載してください。