介護保険〔負担限度額〕認定申請書

令和　　　年　　　月　　　　日

（申請先）さいたま市長

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。

また、申請内容に虚偽のないことを宣誓します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 及 び  連 絡 先 | | | | 〒    電話番号　　　　　**（　　　　　）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)施設事項 | 介護保険施設等に入所（院）していない方、またはショートステイのみ利用されている方は、本事項の記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名 称 | | |  | | | 入所（院）日 | | | | | □昭　□平　□令　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | | 配偶者の有無  （事実婚を含む） | | □有　　　□無（配偶者がいない場合（死別を含む）は、本事項の記入は不要です。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | □明　□大　□昭　　　　　年　　　月　　　　日 | | | | 個 人 番 号 | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 現住所及び  連 絡 先 | | 〒    電話番号　　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 賦 課 状 況 | | 市町村民税　　□課税（賦課市区町村名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※賦 課 期 日  の 住 所 | | ※賦課市区町村が現住所の市区町村と異なる場合にご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入・預貯金等に関する申告 | | | | | 別紙「収入・資産状況申告書」のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | □　被保険者（「被保険者」の場合、以下の記入は不要）  □　代理人（申請者欄を記入し、当該申請に関する権限を被保険者から委任されたことがわかる書類を添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   氏名  （事業所名）  住所　〒  　　　　　　　　　　被保険者との関係  電話番号　　**（　　　　　　）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意事項（１）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、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

（２）配偶者の有無を確認するため、必要に応じて、戸籍ないし住民基本台帳の関係法令を根拠に戸籍照会を行う場合があります。

**事務処理欄**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請  区分 | 個人番号  確認 | 利用者  負担段階 | 課税状況 | 資産状況  （預貯金等） | 非課税  年金 | 受付印 |
| 新 規  更 新 |  | 3-1  1　2　 　　4  3-2 | 課税（　世帯　・　配偶者　）  非課税（ 生保 ・ 老福 ・ なし ） | 基準超  基準以下 | 有・無 |

介護保険〔負担限度額〕認定申請書

申請日をご記入ください。

記入例

令和○○年○○月○○日

（申請先）さいたま市長

**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。**

**また、申請内容に虚偽のないことを宣誓します。**

介護保険被保険者証に記載の番号をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ ガ　ナ | | | | **サイタマ　　タロウ** | | 被保険者番号 | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | | | | **さいたま　太郎** | |
| 個　人　番　号 | | |  | | マイナンバーカードに記載の番号をご記入ください。  ご記入ください。 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生 年 月 日 | | | | □明　□大　☑昭　　　○○年　　○○月　　○○日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 及 び  連 絡 先 | | | | 〒**３３０-○○○○**  **さいたま市浦和区常盤６－○－○　　特別養護老人ホーム　さいたま〇○**  電話番号　　**０４８　（８２９）　○○○○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)施設事項 | 介護保険施設等に入所（院）していない方、またはショートステイのみ利用されている方は、本事項の記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名 称 | | | **特別養護老人ホーム　さいたま○○** | | | | 入所（院）日  入所している施設名称、所在地、電話番号、入所年月日をご記入ください。 | | | | | □昭　☑平　□令　○○年　○月　○日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | **さいたま市浦和区常盤６－○－○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | **０４８－８２９－○○○○** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | | 配偶者の有無  （事実婚を含む） | | ☑有　　　□無（配偶者がいない場合（死別を含む）は、本事項の記入は不要です。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ | | **サイタマ　ハナコ**  配偶者の有無、氏名、生年月日、現住所及び連絡先についてご記入ください。  配偶者の市町村民税賦課状況、また、賦課市区町村が現住所の市区町村と異なる場合は賦課期日の住所をご記入ください。  配偶者がいない場合は、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | **さいたま　花子** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | □明　□大　☑昭　　　○○年○○月○○日 | | | 個 人 番 号 | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 現住所及び  連 絡 先 | | 〒**３３６－○○○○**  **さいたま市南区別所７－○○－○**  電話番号　　０４８　（８４４）　○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 賦 課 状 況 | | 市町村民税　　□課税（賦課市区町村名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　☑非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※賦 課 期 日  の 住 所 | | ※賦課市区町村が現住所の市区町村と異なる場合にご記入ください    別紙「収入・資産状況申告書」を添付してご提出ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入・預貯金等に関する申告 | | | | | 別紙「収入・資産状況申告書」のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | □　被保険者（「被保険者」の場合、以下の記入は不要）  ☑　代理人（申請者欄を記入し、当該申請に関する権限を被保険者から委任されたことがわかる書類を添付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 事業所番号  審査中に確認事項がある場合には、連絡させていただくこともあるため、電話番号欄には、平日の日中時間帯に繋がりやすい電話の番号を記載して下さい。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   氏名    **さいたま　一郎**  （事業所名）  住所　〒　**３３６－○○○○**  **さいたま市南区別所７－○○－○**　　　　　　　　　　被保険者との関係**子**  電話番号　**０４８　（８４４）　○○○○**  被保険者本人が申請する場合は、申請者欄は、「被保険者」にチェックを入れてください。  被保険者から委任を受けて、家族や介護保険事業者等が被保険者に代わって申請する場合は、氏名の記入及び押印のほかに、住所、被保険者との関係、電話番号をご記入ください。また、委任状等代理権の確認できる書類を添付してご提出ください。  その他必要な添付書類については同封のお知らせをご参照ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意事項（１）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、支給された額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

（２）配偶者の有無を確認するため、必要に応じて、戸籍ないし住民基本台帳の関係法令を根拠に戸籍照会を行う場合があります。

**事務処理欄**

3-1

1　2　 　　4

3-2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請  区分 | 個人番号  確認 | 利用者  負担段階 | 課税状況 | 資産状況  （預貯金等） | 非課税  年金 | 受付印 |
| 新 規  更 新 |  | 3-1  1 2 4  3-2  3-1  1 2 4  3-2 | 課税（　世帯　・　配偶者　）  非課税（ 生保 ・ 老福 ・ なし ） | 基準超  基準以下 | 有・無 |