介護保険負担限度額認定申請書

様式第23号の３

（市町村民税課税層における食費・居住費の特例措置）

年　　　月　　　日

　高知市長　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 |  | 保険者番号 | ３９２０１９ |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の有無（※１）配偶者に関する事項（※１） | 有　　・　　無 | ※１　本人の夫又は妻に当たる方（世帯分離している夫若しく　　は妻又は内縁関係の者を含む。）を記入してください。 |
|  | 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　　　・　　　不明 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人及び本人と同一世帯に属する者（※２）並びに本人の配偶者の収入及び資産等に関する申告 | □ | 利用者負担第４段階で，介護保険施設又は地域密着型介護施設に入所（ショートステイを除く。）している。 |
| □ | 本人の属する世帯の構成員（別世帯の配偶者を含む。）が２人以上である。 |
| □ | 本人の属する世帯の世帯主及び全ての世帯員並びに本人の配偶者の課税年金収入額と合計所得金額（公的年金等に係る雑所得を除き，長期譲渡所得又は短期譲渡所得に係る特別控除額を控除した額）の合計額から，利用者負担額（※３）の年間見込額を除いた額が，80万円以下である。 |
| □ | 本人の属する世帯の世帯主及び全ての世帯員並びに本人の配偶者の預貯金等（※４）の金額の合計が450万円以下である。 |
| □ | 本人の属する世帯の世帯主及び全ての世帯員並びに配偶者が，その居住の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用できる資産を所有していない。 |
| □ | 本人の属する世帯の世帯主及び全ての世帯員並びに配偶者が，介護保険料を滞納していない。 |

※２　入所に当たり世帯分離した場合でも，なお同一の世帯に属するものとみなします。

※３　介護サービス費１割，２割又は３割負担額（高額介護サービス費の見込額を除く。），居住費，食費

※４　現金，預貯金，合同運用信託，公募公社債等運用投資信託，有価証券及び純金積立購入など口座残高などにより時価

　　評価額が把握できる貴金属等

代行又は代理申請の場合は，こちらにご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 電話番号（自宅・勤務先）　 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

注意事項

　⑴　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。

　⑵　上記申告に係る内訳等については，別に定める「収入状況等申告書（食費・居住費の特例減額措置）」に記入し，その証する書類を添えて提出してください。

　⑶　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。

**高知市記入欄**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 適用年月日 | 要介護度 | 要介護（支援）認定期間 | 年度　認定履歴 | 送付先 | 給付額の減額 |
| 年　月　日 |  | ～ | 有　・　無 | 有（　　）・無 | 有（　　）・無 |
| 配偶者 | 負担段階 | 備考 | 入力日 | 送付日 |
| 有・無（課税・非課税・不明） | 居住費 | 第３段階 ② |  |  |  |  |
| 食費 | 第３段階 ② |
| 有効期限 |
| 年　月　日 | 生保受給 | 特例要件 | 預貯金等 | 係 | 係長 | 課長補佐 | 課長 |
| 有・無（ 年 月から） | □４段階　□構成員　□滞納　　□80万円以下　　　□資産無　□450万円以下　 | 本人・夫婦 |  |  |  |  |
| 基準以下・超える |

高知市介護保険課　給付係　（電話）088-823-9959