**介護保険負担限度額認定申請書**

　大網白里市長　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　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  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護  保険施設の所在地及び名称（※） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）  年月日（※） | 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 | 年　　　　月　　　　日 | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　・　　　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関  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 | | | | | |
| □ | 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】の収入額、その他の合計所得金額と合計額が年額８０万円以下です。**（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、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | |
| □ | 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、その他の合計所得金額と合計額が年額８０万円を超え１２０万円以下です。 | | | | | |
| □ | 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、その他の合計所得金額と合計額が年額１２０万円を超えます。 | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額が②の方は１，０００万円（夫婦は２，０００万円）、③の方は６５０万円（夫婦は１，６５０万円）、④の方は５５０万円（夫婦は１，５５０万円）、⑤の方は５００万円（夫婦は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、③～⑤の方は１，０００万円（夫婦は２，０００万円） | | | | | |
| 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 |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先  （自宅・勤務先） |  | |
| 申請者住所　〒 | | 本人との関係 |  |

注意事項

1. 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。
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。

1. 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。
2. 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。

**（裏面の同意書にも記入をお願いします）**

（裏面）

同　意　書

大網白里市長　様

　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

　また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 市  記入欄 | 備　　　　　考 |
| （所得分布の状況等を記入）  　　住民税非課税世帯  　　課税年金収入額＋合計所得金額＋[遺族年金・障害年金]    　　第１段階　　第２段階　　第３段階①　　第３段階②　　第４段階 |

１