介護保険負担限度額認定申請書

　　　年　　月　　日

　柳津町長　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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | ㊞ |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 入所した介護保険施設の所在地及び名称 |  |
| 入所年月日 | 　　年　　月　　日 | 介護保険施設に入所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 | 配偶者が「無」の場合は、「配偶者に関する事項」の記載は、不要です。 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　 　年　 　月　 　日 |
| 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に記入。　　　　　　　　　　　　　　 |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　･　　　非課税 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給世帯／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額８０万円以下です。 | 受給している全ての年金保険者に○してください。日本年金機構地方公務員共済国家公務員共済私学共済 |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計が年額８０万円を超えます。 |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が１０００万円以下（夫婦は２０００万円以下）です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは添付のとおり |
| 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、下記のついて記載は不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**※ 裏面も必ず記入してください。**

|  |
| --- |
| 市町村民税課税状況等の照会に関する同意書　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、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（内縁関係を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び有価証券等の残高について、照会することに同意します。　また、柳津町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。柳津町長　あて　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　住　　所：本　　　　人（被保険者）　　　　　　　　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　住　　所：配偶者　　　　　　　　　氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

被保険者住所以外へ決定通知書の送付を希望する場合には、記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先 | 氏名 | （被保険者との続柄） |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

注意事項

１　配偶者には、婚姻の届出をしていないが、事実上の婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

２　預貯金等については、複数所有している場合は、そのすべての合計金額を記入し、書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。

３　被保険者ご本人以外の方が担当窓口に申請書を提出された場合には、窓口に来られた方記入欄に記入してください。

４　被保険者住所以外へ介護保険負担限度額認定決定通知書の送付を希望する場合は、「送付先変更申出書」にご記入してください。

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。

※添付書類（例）

１　預貯金：金融機関名・支店・口座番号・名義の分かる部分と申請日の直近２か月前までの残高が確認できる部分の写し。

２　有価証券：証券会社や銀行の口座残高などの写し。

３　負債：借用書（現在の残高が確認できるもの）などの写し。