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 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | 性別 | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 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には、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 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　　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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ②市町村民税世帯非課税であって、  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。  　　　　　　　　　　　　　（受給している年金に○してください。以下同じ）  　※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。 | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税であって、  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80万円を超え、  120万円以下です。 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税であって、  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 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③の方は550万円(同1550万円)、④の方は500万円(同1500万円)以下です。  　※第２号被保険者は(40歳以上64歳以下)の場合、①～④の方は1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 | | | | | |
| 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  ※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、下記については記載不要です。

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

※ 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（世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含む。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、報告を求めることに同意します。  　また、貴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。  令和　　　年　　　月　　　日  柳津町長  　　　　　　　　　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　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る場合には、申請者記入欄に氏名等を記入してください。

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、送付先をご記入ください。

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。