介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

高島市長

次のとおり関係書類を添えて、食費および居住費（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　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(入院)した  介護保険施設の  所在地および名称 | ※ | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(入院)  年月日 | ※　 平 ・ 令 　　年　　月　　日 | | ※介護保険施設に入所（入院）していない場合および  短期入所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、以下の「配偶者に関する事項」については記入不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | （被保険者の住所と異なる場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日  現在の住所 | （現住所と異なる場合のみ記入） | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課　税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する  申告 | □ | 生活保護受給者  市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者…① | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、被保険者本人の課税年金収入額、合計所得金額  および【遺族年金＊・障害年金】収入額の合計額が年額８０万円以下…② | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、被保険者本人の課税年金収入額、合計所得金額  および【遺族年金＊・障害年金】収入額の合計額が年額８０万円以上１２０万円…③Ａ | | | | | |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、被保険者本人の課税年金収入額、合計所得金額  および【遺族年金＊・障害年金】収入額の合計額が年額１２０万円以上…③Ｂ | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金および有価証券等の金額の合計が要件以下です。  ①の場合→１,０００万円以下（配偶者「有」の場合は２,０００万円以下）  ②の場合→６５０万円以下（配偶者「有」の場合は１,６５０万円以下）  ③Ａの場合→５５０万円以下（配偶者「有」の場合は１,５５０万円以下）  ③Ｂの場合→５００万円以下（配偶者「有」の場合は１,５００万円以下）  ※預貯金および有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり | | | | | |
| 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 |

＊「遺族年金」には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金および遺児年金を含みます。

（申請者が被保険者本人の場合には、以下について記入は不要です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 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」には、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含み

ます。

　⑵　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

　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、支給された額および最大２倍の加算金を返還していただくことがあります。

　同意書

高島市長

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私および私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況および保有する預貯金なら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、貴市の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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

〈　本　人　〉

　　　　住　所

　　　　氏　名

〈　配偶者　〉

　　　　住　所

　　　　氏　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課税状況 | □非課税世帯　　　□課税世帯 | 非該当理由 | □課税世帯　□預貯金額超過 |
| 預貯金額 | 円（　単身　・　夫婦　） | 交付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 収入額 | 円（８０万円未満・以上） | 適用年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 負担段階 | □１段階　□２段階　□３段階①　□３段階②  □境界層 | 有効期限 | 令和　　年　　月　　日 |

※市記入欄