介護保険負担限度額認定申請書

　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）三条市長

次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費（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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 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（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(※) | 平 ・ 令　　　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、次の「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 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　 　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） |  |
| 課税情報 | 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、【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。※　寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び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、【遺族年金※・障害年金】の収入額、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。 |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、【遺族年金・障害年金】の収入額、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②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（夫婦は1650万円）、④の方は550万円（夫婦は1550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1500万円）以下です。※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③から⑤までの方は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 |

代理者が申請する場合には、次の事項を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 代理者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 代理者住所 | 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所有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

３　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。

４　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ていた場合には、介護保険法第22条第１項の規定に基づき、支給された額の返還請求及び最大２倍の加算金の徴収をすることがあります。

同　意　書

（宛先）三条市長

　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。

令和　　　年　　　月　　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名