介護保険負担限度額認定申請書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

五城目町長　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。

なお、この申請の決定に際し、私（被保険者）及び私の家族の所得状況について課税台帳により確認されることを承諾します。

また、負担限度額認定の決定内容を入所施設に提供することも併せて承諾します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ | | | |  | | | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
| 性　　別 | | | | | | 男　　　　・　　　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | 大正 ・　昭和　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　　　所 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等の所在地及び名称※ | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日※ | | | | 令和　　　　　　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載不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | |
| 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配 偶者に関する事項 | フ　リ　ガ　ナ | | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 大正 ・ 昭和　　　　 年　　　　 月　　　　 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　　名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
| 住　　　　　所 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課　税　状　況 | | | 住民税　　　　　　　　　課税　　　　　／　　　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **収入等に　　　関する申告** | 第1段階　　 □ | 生活保護受給者／住民税非課税世帯で、老齢福祉年金受給者 | | | | |
| 第2段階　　 □ | 住民税非課税世帯で、課税年金収入額と合計所得金額から課税年金収入に係る所得額を控除した額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 | | | | |
| 第3段階①　□ | 住民税非課税世帯で、課税年金収入額と合計所得金額から課税年金収入に係る所得額を控除した額と非課税年金収入額の合計額が年額80万円超で120万円以下です。 | | | | |
| 第3段階②　□ | 住民税非課税世帯で、課税年金収入額と合計所得金額から課税年金収入に係る所得額を控除した額と非課税年金収入額の合計額が年額120万円超です。 | | | | |
| 受給している全ての年金保険者に〇をして下さい。　　日本年金機構　　地方公務員共済　　国家公務員共済　　私学共済 | | | | | |
| **預貯金等に**  **関する申告** | 該当する段階に〇をして下さい。 | ＊第1段階　　　預貯金、有価証券等の金額の合計が単身1,000万円、夫婦で2,000万円以下です。  ＊第2段階　　　預貯金、有価証券等の金額の合計が単身 650万円、夫婦で1,650万円以下です。  ＊第3段階① 　預貯金、有価証券等の金額の合計が単身 550万円、夫婦で1,550万円以下です。  ＊第3段階② 　預貯金、有価証券等の金額の合計が単身 500万円、夫婦で1,500万円以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳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）  ※内容を記載してください | （　　　　　　　　　　　　）※  　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| **非課税年の**  **受給状況**  **有　・　無** | **【　受給している全ての非課税年金に○をして下さい　】**  　遺族年金　（　寡婦年金　　かん夫年金　　母子年金　　準母子年金　　遺児年金　を含む　）　　　・　障害年金 | | | | | |
| **【　受給している全ての非課税年金の保険者に○をして下さい　】**  日本年金機構　・　地方公務員共済　・　国家公務員共済　・　私学共済 | | | | | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記は、記入不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 電話番号（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. この申請書における「合計所得金額」については、合計所得金額に給与所得が含まれている場合は、当該給与所得については所得税法第28条第2項の規定によって計算した金額（租税特別措置法第41条の3の3第2項の規定による所得金額調整控除が行われている場合には、その控除前の金額）から10万円を控除して得た額によるものとし、長期譲渡所得又は短期譲渡所得に係る特別控除の適用がある場合は、当該特別控除額を控除した額とします。
3. 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、**通帳等の写しを添付してください。(本人・配偶者分）**
4. 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。
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。

|  |  |
| --- | --- |
| **※裏面の「同意書」を必ず記入してください。** | |
| 同　　意　　書  五城目町長　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  　　〈本人〉  　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　〈配偶者〉  　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名 |

表面の申請について、介護保険法施行規則第83条の6の規定に基づき、別紙のとおり負担限度額認定（却下）の決定及び負担限度額認定証を交付してよろしいか。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五　　　　城　　　　目　　　　町　　　　記　　　　入　　　　欄 | | | | | |
| 交付年月日 | 令和　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | (所得の状況等) | | |
| 適用年月日 | 令和　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | |
| 有効期限 | 令和　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 | |
| 審査 | 課税区分（市町村民税） | 配偶者課税区分 | 認定区分 | 減額認定事項（自己負担額） | 審査職員氏名 |
| 世帯非課税 | 非課税 | 認定　　・　　却下 | 第　　　　　　　段階 |  |
| 課税者有 | 課　税 |
|  | | | | | |