**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　年　　月　　日

五城目町長

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 | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。  不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリ ガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年 月日 |  |  | 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／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、  課税年金収入額と【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。 （受給している年金に○して下さい。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。 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【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、  課税年金収入額と【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。 | | | | | |
| 非課税年金に関する申告 | □ | 非課税年金を受給しています。（受給している場合は下記に該当する数字に〇をしてください。）  　１ 遺族年金　　　　２ 障害年金  　１ 日本年金機構　　２ 地方公務員共済　　３ 国家公務員共済　　４ 私学共済 | | | | | |
| 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(同1650万円)、  ④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同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、③～⑤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  ※内容を記入して下さい |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |
| 認定結果送付先（本人宛以外を希望される場合は✓をしてください。※✓のない場合は、本人宛にお送りします。）  　□事業所あて（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　）　□上記申請者あて | |

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保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
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ご記入下さい。**

同 意 書

五城目町長 殿

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。

年 月 日

＜本人＞

住所氏名

＜配偶者＞

住所氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | 審査職員印 |
| 世帯非課税 | 非課税 | 認定 ・ 却下 | 第　　　　　　　段階 |  |
| 課税者有 | 課　税 |