介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

神栖市長　　　　　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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別 | | | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 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。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明 大 昭 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 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等および預貯金等に関する申告 | □ | 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80.9万円以下です。（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。  　・預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円（夫婦は1650万円）以下です。  　　※65歳未満の場合、1000万円（夫婦は2000万円）以下です。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80.9万円超え、120万円以下です。  ・預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円（夫婦は1550万円）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。  ・預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円（夫婦は1500万円）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 |
| ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |

※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 |

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。

|  |
| --- |
| 同意書  神栖市長　　　　　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。  年　　月　　日  ＜本人＞  住所  氏名  ＜配偶者＞  住所  氏名 |