**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

那須烏山市長　川俣　純子　様

　次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）にかか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・平　　　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、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・平　　　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市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ③市町村民税非課税者であって、  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市町村民税非課税であって、  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。 | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※預貯金等の写しは別添のとおり | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦ま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。
3. 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
4. 虚偽の申請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**

那須烏山市長　川俣　純子　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（町村）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