（別紙）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　　月　　　日

（申請先）

有田町長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 性　　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 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（※） | 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 | 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） |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　　課税　　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者／  市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | 預貯金等の基準額 | 1,000万円（夫婦は  2,000万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】  収入額の合計額が年額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、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | 650万円（夫婦は  1,650万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】  収入額の合計額が年額80万円を超え120万以下です。 | | | | | 550万円（夫婦は  1,550万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】  収入額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | 500万円（夫婦は  1,500万円）以下 | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等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） | | | （　　　　　　）円  ※内容を記入 |

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）※日中連絡のつきやすい番号 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

(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。

注意事項

(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

有田町長　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。

年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜配偶者＞

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印