介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

常滑市長　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  被保険者氏名 | | |  | | | | | | 被保険者番号 | | |  | |
|  | | | | | |
| 個人番号 | | |  | |
| 生年月日 | | |  | | | | | | 性　　別 | | | 男　　　女 | |
| 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（※） | | |  | | | | （※）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 | |  | | | | | | 個人番号 | | |  | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | |
| 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／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | |
| □ | | ②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○をつけてください。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。 | | | | | | | | | |
| □ | | 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８０万円を超え、１２０万円以下です。 | | | | | | | | | |
| □ | | 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１２０万円を超えます。 | | | | | | | | | |
| 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①の方は１０００万円（夫婦は２０００万円）、②の方は６５０万円  （同１６５０万円）、③の方は５５０万円（同１５５０万円）、④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、①～④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

常滑市長　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