介護保険負担限度額認定申請書

　　年　　月　　日

　白子町長　　　　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の申請をします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | 〒  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 | | 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 | | □ | 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　→　利用者負担第１段階 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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。（受給している年金に○して下さい）　→　利用者負担第2段階  　※　寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受給している全て  の年金の保険者に  ○してください  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 | | | |
| □ | 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、１２０万円以下です。　→　利用者負担第3段階① | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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。　→　利用者負担3段階② | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | | 預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件の基準額以下です。  預貯金等の基準額　第1段階　：1,000万円（夫婦は2,000万円）　第2段階　：650万円（夫婦は1,650万円）  　　　　　　　　　第3段階①：　550万円（夫婦は1,550万円）　第3段階②：500万円（夫婦は1,500万円）  ※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、複数所有している場合は、その全てを記入し、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、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居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  　白子町長　　　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 |