介護保険負担限度額認定申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

大里広域市町村圏組合管理者　宛

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 | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 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 | 明・大・昭　　　　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 | □ | 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。 | | | | | |
| □ | 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②の方は1000万円（夫婦は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  ※内容を記入して下さい |

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 | 電話番号（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  　　大里広域市町村圏組合　管理者　宛  　　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、大里広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、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。  　令和　　年　　月　　日  　＜本人＞  　　　住所  　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印（自署する場合は、押印不要）  　＜配偶者＞  　　　住所  　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印（自署する場合は、押印不要） |