**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　月　　日

米　子　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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |   |
| 個人　番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 連絡先 |
| 入所した介護保険施設の所在地及び名称（※） |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 |
| 入所年月日（※） | 昭・平・令　　　年　　月　　日 | （※）介護保険施設に入所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　　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 |  |
| □被保険者と同じ場合はチェックのみで可　　　　　　　　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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等および預貯金等に関する申告 | □ | 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 |
| □ | 〇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）※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。〇預貯金、有価証券等の金額の合計が**650万円（夫婦は1650万円）**以下です。 | 受給している全ての年金の保険者に○して下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日本鉄道共済 |
| □ | 〇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80万円超え120万円以下**です。（受給している年金に○して下さい）〇預貯金、有価証券等の金額の合計が**550万円（夫婦は1550万円）**以下です。 |
| □ | 〇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**。（受給している年金に○して下さい）〇預貯金、有価証券等の金額の合計が**500万円（夫婦は1500万円）**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 |

　　　　　　　　　　　　　※日本鉄道共済組合からの年金をお受取りの方は、年金支払通知書の写しを添付して下さい。

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 | 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ものを含みます。
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　書米　子　市　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構（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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

 **介護保険負担限度額認定申請書**

記 入 例

年　　月　　日

米　子　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 |  ヨナゴ　　タロウ | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 被保険者氏名 |  米子　太郎  |
| 個人　番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　４　年　７　月　５　日 |
| 住　　所 | 米子市加茂町一丁目１番地住民票上の住所 |
| 連絡先　２３－５１３２ |
| 入所した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 　米子市加茂町一丁目１番地 |
| 特別養護老人ホーム○○○○　　　　　　　　　　連絡先　２３－５１３２ |
| 入所年月日（※） | 平成　２０年　４　月　１　日 | （※）介護保険施設に入所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 | 　ヨナゴ　ハナコ |
| 氏　名 | 　米子　花子 |
| 生年月日 | 明・大・昭　５年　４月　７日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | 　米子市○○町四丁目７番５号　五丁目9番 |
| 連絡先　２３－５１５５ |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） | 修正は二重線 |
|  |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　・　　非課税 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等および預貯金等に関する申告 | □ | 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 |
| □ | 〇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）※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。〇預貯金、有価証券等の金額の合計が**650万円（夫婦は1650万円）**以下です。 | 受給している全ての年金の保険者に○して下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日本鉄道共済 |
| ☑ | 〇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80万円超え120万円以下**です。（受給している年金に○して下さい）〇預貯金、有価証券等の金額の合計が**550万円（夫婦は1550万円）**以下です。 |
| □ | 〇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**。（受給している年金に○して下さい）〇預貯金、有価証券等の金額の合計が**500万円（夫婦は1500万円）**以下です。 |
| 預貯金額 | 7,012,011円 | 有価証券（評価概算額） | 2,000,000円 | その他（現金・負債を含む） | （　　　　 ） 円 |

　　　　　　　　　　　　　※日本鉄道共済組合からの年金をお受取りの方は、年金支払通知書の写しを添付して下さい。

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 米子　一郎 | 連絡先（自宅・勤務先）　　　　　２３－５１３１ |
| 申請者住所○配偶者のものを含む、全ての預貯金の合計額を記入してください。○通帳の写しは、(1)口座番号がわかる部分 (2)残高がわかる最後の部分　※最新の日付のもの(3)定期預金等あればその部分　のものが必要です。（本人及び配偶者のもの全て）　　　　　　　米子市○○１２３４番地 | 本人との関係　　　　　　　長男 |

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ものを含みます。
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。

|  |
| --- |
| ※この同意書は介護保険法施行規則により　申請書への添付が義務づけられています。記 入 例同　意　書米　子　市　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構（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　　米子市加茂町一丁目１番地氏名　　米子　太郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞住所　　米子市○○町四丁目７番５号氏名　　米子　花子配偶者がおられない場合は空欄で　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　この同意書のほか、本人と配偶者の全ての通帳や有価証券（評価額のわかるもの）の写しも添付してください。通帳の写しは、表紙の部分と、残高がわかる最後の部分（最新の日付が記載されたもの）、定期預金等があれば記載されている部分を提出してください。 |