**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。 |