**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　年　　月　　日

(あて先)　合志市長

　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 | 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(※) | 昭・平・令　　　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 | ※「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 |  | | | | | | 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 | | | | | | | | |
| □ | 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 | | | | | | | | 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。（受給している年金に○して下さい） | | | | | | | |
| □ | 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） | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計は下記のとおりです。  ※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 | |

※内容を記載してください。

　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 |  | |
| 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また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、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。

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**  (あて先)合志市長  １　金融機関等照会について  　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、年金保険者または銀行、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 |  |  |  |
|  | | 連絡先 |  | | |
|  | ＜配偶者＞ | | | | |
|  | | 住　所 |  | | |
|  | | 氏　名 |  |  |  |
|  | | 連絡先 |  | | |
| ２　個人番号の確認等について  ※個人番号が確認できる通知カード等を持参されていない場合は下記の同意書欄の２の記入が必要です。  　なお、確認した個人番号（マイナンバー）については、他に使用しません。  個人番号（マイナンバー）の利用及び確認について同意します。  被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　配偶者氏名  代筆者氏名 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 番号確認 | 本人確認 | 代理権  確認 | 代理人  確認 | 受付者 |
| 済・未 | 済・未 | 済・未 | 済・未 |  |