**裏面も必ず記入**

**してください**

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　　月　　　日

竹原市長　様

次のとおり関係書類（通帳等の写し）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 | 年　月　日 | 性　　別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | □ | 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 | | | | | 預貯金等の基準額 | 1,000万円（夫婦は  2,000万円）以下 | |
| □ | 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。※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。 | | | | | 650万円（夫婦は  1,650万円）以下 | |
| □ | 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120万以下です。 | | | | | 550万円（夫婦は  1,550万円）以下 | |
| □ | 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。 | | | | | 500万円（夫婦は  1,500万円）以下 | |
| 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基準額以下です。  ※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  ※内容を記入 |

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）※日中連絡のつきやすい番号 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

(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。

注意事項

(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

　竹原市長　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，竹原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

事務処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付資料 | □同意書 | □通帳写し（記載合計額全て） | 個人番号確認 | 有・無 |
| 市民税 | □課税 | □非課税 | 本人確認（本人・代理人） | 有・無 |
| 預貯金合計 | （　　　　　　　　　　　円）　　□該当　□非該当 | | 代理権確認 | 有・無 |
| 判定 | １　・　２　・　３①　・　３②　・　非該当 | | 備考（　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| システム確認 □ | 職権記載 □ |