**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

　　　稲美町長　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 | **性　別** | 男　　　・　　　女 |
| **住民票の住所** | 〒　　　　　　　　　TEL 　　　　（　　　　） |

　　　　※ 施設未入所の場合またはショ－トステイ利用の場合は、下記の「入所している介護保険施設」は記載不要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所している介護保険施設 | 名　称 |  | 入所年月日 | 昭・平・令 　　年　　月　　日 |
| 所在地 | 　　　TEL　　　　（　　　　）　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| **配偶者の有無** | **有 ・ 無** （※「無」の場合、以下の「配偶者に関する事項」は記載不要です。） |
| **配偶者に関する事項** | **フリガナ** |  | **生年月日** | 明・大・昭 　　年 　月　　日 |
| **氏　名** |  | **課税状況**（市町村民税） | 課税 ・ 非課税 |
| **住　所** | **□**同上（※被保険者の住所と違う場合は記載してください。）　　TEL （ ） |
| 〒 |
| **本年1月1日****現在の住所** | **□**同上（※上記住所と違う場合は記載してください。） |
| 〒 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **本人の収入等に関する申告** | **①□** | 生活保護受給者または市町村民税非課税世帯の老齢福祉年金受給者です。 |
| **②□** | 市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円以下です。 |
| **③（1）□** | 市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が80万円～120万円です。 |
|  | **③（2）□** | 市町村民税非課税世帯で、本人の合計所得金額と課税年金収入額、非課税年金収入額の合計が120万円を超えます。 |
| **預貯金等に****関する申告** | **□** | 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。（※）預貯金、有価証券等に係る書類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・負債含) | ( 　　 )**↑裏面も必ずご記入ください。**円 |

　　　 ※**通帳等の写しを添付して下さい。**

　　　（※）預貯金等の基準額は各段階で以下のとおり

①単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下 ②単身650万円、夫婦合計1,650万円以下

③(1)単身550万円、夫婦合計1,550万円以下 ③(2)単身500万円、夫婦合計1,500万円以下

＊第2号被保険者は、段階に関わらず単身1,000万円、夫婦合計2,000万円以下

※申請者が被保険者本人の場合、下記の申請者氏名等は記載不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係  |  |
| 申請者住所 | 〒 TEL 　 （ 　 ） |

**※注意事項**

　　　１ この申請書に記載する「配偶者」は、世帯分離している配偶者又は内縁関係の者を含みます。

　　　２　預貯金等に関する申告については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、その**合計金額**を記入し、

　　　　　**すべての通帳等の写しを添付して下さい**。書ききれない場合は、余白に記載するか、別紙に記載のうえ添付

　　　　　してください。

３　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、支給された額及びその額の最大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

　　稲美町長 様

　　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私及び私の世帯の家族の課税状況について調査されることに同意します。

　　また、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。

 　なお、貴町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＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜代筆者＞

　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　（※）　　　　　　　続柄

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

＜配偶者＞

　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　氏名

※表面下部の注意事項を熟読の上、記載内容をご確認ください。

※記入・押印漏れ等、不備がある場合は審査できません。

＜町記入欄＞以下は記入不要です

|  |
| --- |
| **年度　市町村民税課税状況** |
| * **世帯非課税**
* **世帯課税**
 | **□　生活保護または****老齢福祉年金受給者****□ 合計額が年額８０～****１２０万円のもの** | **□　合計所得金額と課税年金収入、非課税年金収入額の合計額（以下、合計額）が年額８０万円以下のもの*** **合計額が年額１２０万円を超えるもの**
 |
| **交付年月日** | **配偶者** | **有　　　・　　　無** |
| 年　月　日 | **（有の場合　　　課税　・　非課税　　）** |
| **適用年月日** | **資産等** | **□　単身　　□　夫婦** | **合計　　　　　　　　　　　　円** |
| 　年　月　日　　　　　から | * **預貯金**

**本人　（　　　　　　　　円）****配偶者（　　　　　　　　円）** | * **有価証券**

**本人　（　　　　　　　　円）****配偶者（　　　　　　　　円）** | * **その他（負債等）**

**本人　（　　　　　　　　　　　）****配偶者（　　　　　　　　　　　）** |
| **有効期限** | **審査結果** | **利用者負担段階** |
| 　年　月　日まで | **承認　・　非承認** | **第　　段階** |