介護保険負担限度額認定申請書

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請先）二本松市長 | | | | | | | | | |
| 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 | 年　　月　　日 |
| 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  （※） | 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日  現在の住所  （現住所と異なる場合） |  | | | | | | 申請が１月から７月までの場合は前年１月１日時点の住所 | | | | | | | | |
|  | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関  する申告 | □ | ①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  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 | | | | | |
| □ | ②市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と  【□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。 | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と  【□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。 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額とその他の合計所得金額と  【□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。 | | | | | |
| 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②の方は６５０万円（夫婦は合計１，６５０万円）、③の方５５０万円（夫婦は合計１，５５０万円）、④の方は５００万円（夫婦は合計１，５００万円）、①の方及び第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満）の方は１，０００万円（夫婦は合計２，０００万円）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・携帯・勤務先） |
| 申請者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | 本人との関係 |

注意事項

⑴　この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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

二本松市長

　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、二本松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