**負担限度額認定申請書**

行田市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　　月 　　日

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 | |  | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | 1 | 1 | 2 | 0 | 6 | 0 |
| 被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 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 | | □ | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 （受給している年金に○して下さい。以下同じ。）  ※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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等 に関する申告  ※通帳等の写しは別添 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。  ※第２号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)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 | | | | | | |

申請者が被保険者本人の場合には、下記につ。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 連絡先（自宅・携帯電話） |
| 申請者住所 |  | 本人との関係 |

注意事項

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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

年　　月　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名

行田市長　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、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。