介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　千歳市長　　　　　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 | 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）していない場合又はショ  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、次の「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のみ記入してください。  〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　・　非課税 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する  申告 | □ ①生活保護受給者又は②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。 | | | | | | |
| □ ③市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  　【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○を付けてください。以下同じ。  ※「遺族年金」には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び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  ○を付けてください。    日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 |
| □ ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  　【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。 | | | | | |
| □ ⑤市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  　【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  ※①の方は、記載不要です。 | □ 預貯金、有価証券等の金額の合計が基準額以下です。  ※基準額について、②の方は１，０００万円（配偶者がいる場合は２，０００万円）、③の方は６５０万円（配偶者がいる場合は１，６５０万円）、④の方は５５０万円（配偶者がいる場合は１，５５０万円）、⑤の方は５００万円（配偶者がいる場合は１，５００万円）です。ただし、第２号被保険者（４０歳以上６４歳以下）の基準額は、１，０００万円（配偶者がいる場合は２，０００万円）です。  ※通帳等の写しを添付してください。 | | | | | | |
| 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  ※（　）内に内容を記入してください。 | |

申請者が被保険者本人の場合には、次の事項については、記載不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 |  |

注

１　この申請書における「配偶者」には、世帯分離をしている配偶者及び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保有している場合は、その全てを記入し、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項の規定により、支給された額の全部又は一部を返還させるほか、当該支給額の最大２倍の加算金を徴収することがあります。

同　意　書

年　　月　　日

千歳市長　　　　様

　貴市長が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。）に対し、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。

住所

本　人

氏名

住所

配偶者

氏名