**介護保険負担限度額認定申請書**

（宛先）中之条町長 令和　　　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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名（申請者） |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 〒　　-　　　吾妻郡中之条町大字　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　-　　　-　　　　　　 |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） |  |
| 入所（院）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 |  | 生年月日 |  明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　 |
| 市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | 本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。 |
| 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/市町村民税世帯非課税である老年福祉年金受給者 |
| □ | ②市町村民税非課税世帯であって、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。　　　　**(受給している年金に○して下さい)*** 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市町村民税非課税世帯であって、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、１２０万円以下**です。**(受給している年金に○して下さい)** |
| □ | ④市町村民税非課税世帯であって、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。　　　　**(受給している年金に○して下さい)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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①の場合 1,000万円(夫婦は合計2,000万円)以下、②の場合 650万円(同1,650万円)以下、③の場合　 550万円(同1,550万円)以下、 ④の場合 500万円(同1,500万円)以下第2号被保険者の場合は1,000万円(同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) | (内容　　　　　)　　　　　　　円 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名　 | 連絡先電話番号（自宅・携帯・勤務先）　 |
| 提出者住所（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

(1)　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。

(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。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

同　意　書

（宛先）中之条町長

　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、中之条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。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名