介護保険負担限度額認定申請書

令和 　　年 　 月 　 日

（申請先）十和田市長

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 | 大 ・ 昭　　　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（※） | 平・令　　　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 | 大 ・ 昭　　　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であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円以下です。　　　　　　　（↑受給している年金に○をして下さい）  ※　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 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80.9万円を超え、120万円以下です。（↑受給している年金に○をして下さい） | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】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。　　　　　　（↑受給している年金に○をして下さい） | | | | | |
| 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  ※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、下記について記載は不要です。

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

上記被保険者住所以外に送付希望の場合に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 決定通知書及び認定証の送付先 | □入所施設 　□支援事業所 | 送付先住所（所在地） |
| □家族宅　 　□その他 | 送付先氏名・名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、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。

(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、

**※裏面、同意欄のご記入及び捺印をお願いいたします。**

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

十和田市長　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、貴市長の報告要件に対し、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜配偶者＞

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印