介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

毛呂山町長　あて

　次のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　年 　月 　 日 | 電話番号 |  |
| 住所 | 　 |
| 介護保険施設の所在地及び名称※１ | 　 |
| 入所（院）年月日※１ | 昭・平・令 　　年 　　月 　　 日 | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者※２の有無 | [ ]  有　・　[ ]  無 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 生　年　月　日 | 明・大・昭　　 年 　月 　日 |
|  |  |  |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 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※3 | [ ]  | 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 |
| [ ]  | ➂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が年額８０万円以下です。 |
| [ ]  | ➃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が年額８０万円を超え１２０万円以下です。 |
| [ ]  | ➄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が年額１２０万円を超えます。 |
| 預貯金等に関する申　　　　告※4 | [ ]  | 預貯金、有価証券等の金額の合計が　　　　　 ②の人は1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)、➂の人は650万円(夫婦の場合は1,650万円)、➃の人は550万円(夫婦の場合は1,550万円)、➄の人は500万円(夫婦の場合は1,500万円)　以下 です。※第2号被保険者(40歳以上64歳以下）で、➂~➄の人は1,000万円(夫婦の場合は2,000万円)以下です。 |
| 預貯金額 | 円 | 有価証券(評価概算額） | 円 | その他※5(現金及び負債を含む。) | （　　　 ）円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者※6 | 氏名 | 本人との関係　　　　　　　　　 |
| 住所 | 電話　　　　　 | [ ]  自宅[ ]  勤務先 |

注意事項

1　介護保険施設の所在地及び名称欄並びに入所（院）年月日欄については、介護保険施設に入所（入院）し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。

2　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及び内縁関係の者を含みます。配偶者の有無欄については、「無」の場合は、配偶者に関する事項欄の記入は不要です。

3　収入等に関する申告欄については、該当するものに「✔」を入れてください。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。

4　預貯金等に関する申告欄については、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（銀行名、支店名、口座番号及び口座名義の部分と申請日の直近２か月前までの記帳ページ）を添付してください。

5　預貯金、有価証券以外の資産がある場合は、その他欄に内容を記入してください。

書き切れない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入した上、添付してください。

6　申請者欄については申請者が被保険者本人の場合は、記入不要です。

7　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。

8　負担限度額認定は、申請日の属する月の初日に遡って効力を有します。

役場使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  認定済：支　　/介　期間：R 　/　　/ 　　　　～ R 　/　　/ 　[ ]  認定申請中 | 所得段階１・２・３①・３②・４本人： 非課税 ・ 課税 世帯： 非課税 ・ 課税　 | ①年金収入　　　　　　　　円②所得　　　　　　　　　　円③非年金　　　　　　　円・ 無合計　　　　　　　　　　　円 | 決定年月日 | R　年　7月31日 |
| 該当（ 　　）／非該当（□課税・□資産超過） |
| 適用年月日 | R　年　　月　1日から |
| 有効期限 | R　年　7月31日まで |
| 交付年月日 | R　年　7月31日 |

同意書

毛呂山町長あて

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、毛呂山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