介護保険負担限度額認定申請書

令和　　年　　月　　日

　天　塩　町　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 |  | 性　別 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護施設の所在地及び名称（※） | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※) |  | **(※)介護施設に入所(院)していない場合及びショ－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 |  | **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。** | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | 生年月日 | | | |  | | | | | | | | | |
| 配偶者氏名 |  |
| 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) | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 課 税 状 況 | 市町村民税　　　　　　　課　　　税　　　・　　　非 課 税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関  する申告 | □ | 生活保護受給者／市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | 預貯金等の基準額 | 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  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80万円以下です。※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 | | | | | 650万円（夫婦は  1,650万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  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。 | | | | | 550万円（夫婦は  1,550万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】  収入額の合計が年額120万円を超えます。 | | | | | 500万円（夫婦は  1,500万円）以下 | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは添付のとおりです。 | | | | | | | |
| 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 |

申請者が被保険者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）※日中連絡のつきやすい番号 |
| 申請者住所 | 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、すべて記入し、通帳等の写しを

添付してくだい。

（3）書き切れない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上、添付してください。

（4）虚偽の申告により不正に特定入所介護サ－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倍の加算金を返金していただくことがあります。

**裏面にも記入・押印をお願いします。**

|  |
| --- |
| 同　　　意　　　書  　天　塩　町　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。)に私及び綿の配偶者  (内縁関係の者を含む。以下同じ。)の個人番号及び課税状況並びに保有する預貯  金、有価証券等の残高について、閲覧・報告を求めることに同意します。  　　また、天塩町長の報告予九に対し、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 |