様式第24号（第15条関係）

介護保険負担限度額認定申請書　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　階　上　町　長　宛て

　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 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 性別 | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。  （受給している年金に○をして下さい。以下同じ。）  ※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。 | | | | | |  |
| □ | ⑤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120万円を超えます。 | | | | | |  |
| 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（夫婦は1650万円）、④の方は550万円（夫婦は1550万円）、⑤の方は500万円（夫婦は1500万円）以下です。  ※第2号被保険者（40歳～64歳）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は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、以下について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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所有している場合は、そのすべてを記入してください。
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. 虚偽の記載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。

同 意 書

階 上 町 長　宛て

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、私の世帯員の所得、課税資料を閲覧すること及び官公署、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。

年　　　月　　　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名