介護保険負担限度額認定申請書　　　　　　　　　　　　　　　　 新規  更新  変更

**令和　 　年**　　　月　　　日

（申請先）　中種子町長　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 | | | | | **5** | **0** | **1** | **0** | **0** |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 |  | 課税状況 | | | | 町民税世帯非課税 | | | | | | | | | | |
| 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 |  | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 65歳未満 | | | | |  |  | |
| 収入等に関する申告 |  | 生活保護受給者／  市町村民税世帯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。 | | | | | 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） | | | 円  ※内容を記入 |

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）※日中連絡のつきやすい番号 |
| 申請者住所 | 本人との関係  家族施設関係者その他（　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| （宛先）中種子町長　　　　　　　　同意書  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、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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、中種子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　　代筆  ＜配偶者＞  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　代筆 |

の

　　　　　り

　　　　　つ

　　　　　け

　　　　　欄

注意事項

（１）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。

1. 預貯金については、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。
2. 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。
3. 虚偽の申告により不正に特定入居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。
4. 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を中種子町役場福祉環境課介護保険係で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません。

事務処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 特　記　事　項 | 受付 | 入力 | 交付 | 郵送 |
| 年金収入  合計所得額  利用者負担第　　　段階 |  |  |  |  |