介護保険負担限度額認定申請書

（特養・老健・療養・短期）

令和　年　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）弥富市長 | 　　　　 |
| 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 | 明・大・昭　　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（※） |  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 | 明・大・昭　　　　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、（**↓給している年金に○をしてください）**課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、**受給している全ての年金の保険者に****○をしてください。****日本年金機構****地方公務員共済****国家公務員共済****私学共済**その他の合計所得金額の合計額が年額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。　　 |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、（**↓給している年金に○をしてください）**　　　　　　　　　　　　　　　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、（**↓給している年金に○をしてください）**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1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は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(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　 | 電話番号（自宅・勤務先）　 |
| 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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。

(3) 書ききれない場合は、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)　一度利用者負担段階が判定された場合でも、世帯構成の変更や所得更正等により段階が変わることがあります。その場合は、再度申請をしてください。

(5)　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、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

（宛先）弥富市長

　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、市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

市記入欄（この欄は記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 該当区分 | 交付年月日 |
| ・預貯金等の金額の合計が（□500万円□550万円□650万円□1,000万円）※夫婦は加算1,000万円（□以下　□超える）・世帯状況（□世帯非課税　□世帯課税）・（別世帯）配偶者□有（非課税・課税）□無・生活保護受給（有・無）・老齢福祉年金受給（有・無）・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□８０万円以下　□８０万円超１２０万円以下　□１２０万円超□ 第１段階　□ 第２段階　□ 第３段階①　□ 第３段階②　□ 第４段階　　　 | 年　　月　　日 |
| 適用年月日 |
| 　　　　年　　月　　日から |
| 　　　　　年　　月　　日まで |
| 備考 |