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８０.９万円以下です。  　※　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８０.９万円を超え、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  □８０.９万円以下　□８０.９万円超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 |