介護保険負担限度額認定申請書

　　年　　月　　日

（申請先）　国見町長

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 | | | |  | | | | | 個人番号 | | |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | 被保険者番号 | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 性　別 | | | | | | | | | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  (※) | | | | 名 称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | 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 | | | | |  | | | 個人番号 |  |  | |  | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 配偶者の氏名 | | | | |  | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の住所  （被保険者と同居の場合は記入不要） | | | | | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告 | | □ | 生活保護受給者/  市区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** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市区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、維持年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | **650万円(夫婦は1.650万円)以下** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市区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８０万円超１２０万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | **550万円(夫婦は1,550万円)以下** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市区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下記のとおりです。  ※預貯金、有価証券等にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | | | | 被保険者 | | | | | 配偶者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金額 | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有価証券  (評価概算額) | | | | | 円 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他  （現金・負債を含む） | | | | | (　　　　　　　　　　　)※内容を記入  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | (　　　　　　　　　　　)※内容を記入  　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※申請者が被保険者本人の場合には、下記については記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人との関係（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号（　　　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**●裏面（同意書）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。**

**(表面からの続き)**

同　意　書

国見町長　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、国見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

【注意事項】

(１) この申請における「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、複数の口座をお持ちであれば、そのすべてを記入し、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うえ添付してください。

（４）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

【必要書類】

　・預貯金等の要件を確認できる次の書類などを添付してください。

　・預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（銀行名、支店名、名義、最終残高（２ヶ月前まで）の分かる部分）

　・有価証券（株式・国債など）・・・証券会社や銀行の口座残高の写し

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 町  処  理  欄 | 交付年月日 | 備　　　　　　　　考 | | | | | | |
| 年　月　日 |
| 世帯全員市区町村民税 | □課税 | | □非課税 | | 判　　定 | |
| 適用年月日 | 別世帯配偶者の市区町村民税課税状況 | □課税 | | □非課税 | |
| 年　月　日  から | 老齢福祉年金 | □あり | | □なし | | １・２・３①・３② | |
| 生活保護 | □あり | | □なし | | 非該当 | |
| 有効期限 | 所得等 | □80万円  以下 | □80万円超  120万円以下 | | □120万円以上 | 事  由 | (本人/家族/配偶者)課税 |
| 年　月　日  　 　　　まで | 預貯金等（本人） | □650万円以下 | □550万円以下 | | □500万円以下 | 預貯金等合計額超過 |
| 預貯金等（配偶者） | □1,000万円未満 | | □1,000万円以上 | | 未申告(本人・家族・配偶者) | |

　・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など