　有効期間　　　R6年度分（R6.8.1～R7.7.31迄）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

綾川町長

介護保険負担限度額認定申請書

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 | | 明 ･ 大 ･ 昭　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 明･大･昭 　年　 月　 日 | | | 個人番号 | | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | 市民税　　　　　　課税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | |

※裏面の同意書にも記入して下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | □ | 生活保護受給者／市民税世帯非課税者である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| □ | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  【遺族年金・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）の合計額が  年額８０万円以下です。 | | | | | | |
| □ | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  【遺族年金・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）の合計額が  年額８０万円超１２０万円以下です。 | | | | | | 受給している遺族年金及び障害年金の保険者全てに〇をしてください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 |
| □ | 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額、合計所得金額及び  【遺族年金・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）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 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が各段階の資産要件を超えていません。※注意事項（６）  ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券  （評価概額） | 円 | その他  （現金・負債を含む） | （　　　　　　　）※  円 | |

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） |
| 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。

受付担当者は裏面も記入してください。

(２)　この申告書における「遺族年金」については、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。

(３)　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。

(４)　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。

(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

額に最大２倍の加算金を付して返還していただくことがあります。

(６)　第２段階は「６５０万円以下」（夫婦の場合１，６５０円以下）、第３段階①は「５５０万円以下」（夫婦の場合１，５５０万円以下）第３

段階②は「５００万円以下」（夫婦の場合１，５００万円以下）です。

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、照会することに同意

します。

また、綾川町の報告要求に対し、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