有効期間　　　R７年度分（R7.8.1～R8.7.31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 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者氏名 | |  | | | | | 個人番号 | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ | ・ |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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 | □ | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税者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、課税年金収入額と、  【遺族年金※・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）の収入額、その他の合計所得金額の  合計額が、年額８０万９，０００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、課税年金収入額と、  【遺族年金※・障害年金】（受給している年金に○をしてください。）の収入額、その他の合計所得金額の合計額が、年額８０万９，０００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、課税年金収入額と、  【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  ※預貯金等の写し別添 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は１０００万円（夫婦は２０００万円）、③の方は６５０万円（夫婦の場合１６５０万円）、④の方は５５０万円（夫婦の場合１５５０万円）、⑤の方は５００万円（夫婦の場合１５００万円）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１０００万円（夫婦は２０００万円）  以下です。 | | | | | |
| 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  ※内容を記載してください |

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 | 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)　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。

(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。

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