介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　年　　　月　　　日

聖籠町長　　様

　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 個人番号 |  |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 | 印 | | 性別 |  |
| 生年月日 | 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 | 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 | 市町村民税　　　課税　　　　・　　　　　非課税 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| □ | 市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。  （受給している年金に○してください）  ※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。 | | | | | （受給している全ての年金の保険者に○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80万円を超えます。  （受給している年金に○してください） | | | | |
| 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、1000万円(夫婦は2000万円)以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは原則2か月以内のものを添付すること。 | | | | | | |
| 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) | | (　　　　　　　)  ※内容を記入してください  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。

(2)　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、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

聖籠町長　　　　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、年金保険者または銀行、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、貴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。

居宅サービス計画の作成及び給付管理業務に必要があるときは、負担限度額認定の内容について居宅介護支援事業者等の関係人へ、提示することを同意します。

　　　　年　　　月　　　日

【本人】

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【配偶者】

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞