**介護保険負担限度額認定申請書**

**Ｒ７**

**（表面）**

令和　　　年　　　月　　　日

（申請先）浅　口　市　長　　　　あて

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 | 大正・昭和　　　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（※） | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| （名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日（※） | 昭・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 | 大正・昭和　　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、  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80.9万円以下**です。**（受給している年金に〇してください。以下同じ。）**  ※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】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】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。 の場合、 | | | | | |
| 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 | 連絡先（自宅・勤務先等） |
| 申請者住所　（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）  　〒 | 本人との関係 |

(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。

注意事項

(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。

**（裏面）**

|  |
| --- |
| 同　意　書  浅　口　市　長　あて  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、貴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  ※代筆の場合（　代筆者：　　　　　　　　続柄：　　　　）  　　<配偶者>  　　　　住　所  　　　　氏　名  　　　　　　　　※代筆の場合（　代筆者：　　　　　　　　続柄：　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄（以下の欄には記入しないでください） | | | |  |  |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 | 備考（所得分布の状況等を記入） | | | 利用者負担段階 |
| 世帯員 | 続柄 | 課税状況 | 送付先 |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 |  | 世帯主 | 非課税・資料なし・課税 | 課税年金収入額  　非課税年金収入額  　第2段階判定基準額 |
|  |  | 非課税・資料なし・課税 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 |  |  | 非課税・資料なし・課税 |
|  |  | 非課税・資料なし・課税 |
| 本人確認 | ・運転免許証　　・マイナンバーカード  ・介護保険被保険者証　　・健康保険証  ・その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | 課税台帳等確認日：　　　年　　　月　　　日 | |