別記様式第29号（第20条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

関市長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 被保険者番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 性　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  連 | | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒  連 | | 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） | | | 〒 | | | | 連絡先 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | | 市民税　　　　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  **受給している全ての年金の保険者に○を付けてください。**  **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８０万円以下です。  （受給している年金に○を付けてください。）  ※　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。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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○を付けてください。） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、１，０００万円（夫婦は２，０００万円）以下です。  ・預貯金には普通預金、定期預金、定期積金などを含みます。  ・有価証券には株式、国債、地方債、社債、出資金などを含みます。  ※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 | | | 有価証券(評価概算額) | | その他(現金・債権を含む)※内容を記入 | | | | | | | | | | | |
| 円 | | | 円 | | ※(　　　　　　)　　　　　　　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  関市長　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。  　年　　月　　日    　＜本人＞  　　　住所  　　　氏名  　＜配偶者＞  　　　住所  　　　氏名 |