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

令和　　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 連絡先（日中に連絡が可能なもの） |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | □被保険者と同じ | | | | |  | 連絡先 | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所 | | | □現住所と同じ | | | | |  | 連絡先 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 預 貯 金 等 の 基 準 額 | | 1,000万円以下  （夫婦は2,000万円）以下 | | | | | | |
| □ | 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。  ※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。 | | | | | | | | | 650万円以下  （夫婦は1,650万円）以下 | | | | | | |
| □ | 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、120万円以下です。 | | | | | | | | | 550万円以下  （夫婦は1,550万円）以下 | | | | | | |
| □ | 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120万円を超えます。 | | | | | | | | | 500万円以下  （夫婦は1,500万円）以下 | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | | □ | 預貯金（普通預金、定期預金、定期積立等）、有価証券（株式、国債、地方債、社債、出資金等）等の金額の合計は、上記の基準額以下です。※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおりです。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金額 | | | | 有価証券(評価概算額) | | その他(現金・負債を含む。)※内容を記入 | | | | | | | | | | | | |
| 円 | | | | 円 | | ※(　　　　　)　　　　　　　 円 | | | | | | | | | | | | |

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 判定段階 | □第１　□第２　□第３①　□第３②　□第４（［本人・配偶者・世帯］課税・資産） | | |
| 本人確認書類 | □運転免許証　□保険証（　　　　　）　□その他（　　　　　） | 受付 |  |

（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 |