介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

　富津市長　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険法施行規則第83条の５第　号に係る申請 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 受給している全ての年金の保険者に○をして下さい。  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○をして下さい。）  ※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。  預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円(夫婦は1,650万円)以下です。※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。 | | | | |
| □ | 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。（受給している年金に○をして下さい。）  預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円(夫婦は1,550万円)以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。 | | | | |
| □ | 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。（受給している年金に○をして下さい。）  預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円(夫婦は1,500万円)以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり。 | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | 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) |
| 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  　富津市長　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、富津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 |