介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

　　　福生市長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |   |
| 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（※） | 〒 | 電話番号  |
| 入所（院）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** | 配偶者の有無が「無」の場合、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 |  | 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） | 〒 | 電話番号 |
| 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○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。 |
| □ | 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、120万円以下です。 |
| □ | 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。 |
| 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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名　 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所　〒 | 本人との関係　 |

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

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保有している場合は、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。

○非課税年金、預貯金等に関する申告欄（詳細）※本人及び配偶者の資産について御記入ください。

（裏）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 氏名 | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預貯金 |  |  | 円 |
|  |  | 　円 |
|  |  | 円 |
| 有価証券等 | 氏名 | 種類 | 評価概算額 |
|  |  | 　円 |
| その他（負債・現金等） | 氏名 | 種類 | 金額 |
|  |  | 円 |
| 非課税年金 | 有 ・ 無 | 種　類 | ※受給額（年額） |
| 　 |  |
|  | 合計（※受給額を除く。） | 　円 |
| 　市記入欄　 ※この欄の記入は不要です。 |  |  |
| 生活保護 | 有・無 | 　年度世帯税情報 | 課税・非課税 | 非課税年金 | 有・無 |
| 　年中収入等 | 円 | 受付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 決定年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 決定の内容 | 利用者負担段階　第　　段階 |
| 適用期間 | 　　　　年　　月　　日 | から | 発行日 |  |
| 　　　　年　　月　　日 | まで | / |
| 却下理由 | 課税・配偶者・資産・その他（　　　） |
|  |  |  |  |
| 同意書福生市長　殿　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、福生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＞ ※配偶者「有」の場合は御記入ください。住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　＜代筆者＞住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |