**介護保険負担限度額認定申請書**

**（特養・老健・療養・短期）**

（申請先）おいらせ町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | おいらせ町  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の名称及び所在地（※） | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　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 | | | | | 預貯金等の基準額 | 1,000万円（夫婦は  2,000万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  年金収入額と合計所得金額の合計額が**年額８０万円以下**です。 | | | | | 650万円（夫婦は  1,650万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  年金収入額と合計所得金額の合計額が**年額８０万円を超え、**  **１２０万円以下**です。 | | | | | 550万円（夫婦は  1,550万円）以下 |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  年金収入額と合計所得金額の合計額が**年額１２０万円を超え**ます。 | | | | | 500万円（夫婦は  1,500万円）以下 |
| 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基準額以下です。  ※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

**※裏面の同意書にも記入してください。**

同　意　書

おいらせ町長　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、貴町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

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名