様式第24号(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (表)  介護保険負担限度額認定申請書  年　　月　　日  　湧別町長　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 | | |  | 保険者番号 | | |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | |  | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | 性別 | | |  | | | | | | | | | |
| 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 | □ | 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、  課税年金収入額とその他の合計所得金額、【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◯して下さい。以下同じ。）  　※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。 | | | | | | 受給している全ての年金の保険者に◯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 | | □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額とその他の合計所得金額、【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。 | | | | | | | □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額とその他の合計所得金額、【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。 | | | | | | | 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②の方は1000万円(夫婦は2000万円)、③の方は650万円(同1650万円)、④の方は550万円(同1550万円)、⑤の方は500万円(同1500万円)以下です。  第2号被保険者(40歳歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)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、下記については記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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  　◯　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。  　◯　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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。  　◯　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。  　◯　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) | | |
|  | 同意書  　湧別町長　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、湧別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。  　　　　　年　　月　　日  〈本人〉  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  〈配偶者〉  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |  |