介護保険負担限度額認定申請書

　　　令和　　年　　月　　日

紋別郡湧別町長　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 | | 印 | | | | | 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 | | □ | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、  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  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◯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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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８０万円を超えます。　　　　（受給している年金に◯して下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。

|  |
| --- |
| 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。  　　　令和　　年　　月　　日  　　　　　〈本人〉  　　　　　　　住所  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　〈配偶者〉  　　　　　　　住所  　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |