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　　 | 　 |