|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認 | 課長 | 課長補佐 | 担当長 | 担　当 |
|  |  |  |  |

介護保険負担限度額認定申請書

　令和　　　年　　　月　　　日

綾部市長　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 |  | 保険者番号 |  | ２ | ６ | ２ | ０ | ３ | ０ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明治 ・ 大正 ・ 昭和　 　　年　　　 月　 　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　　電話番号 （ ） － |
| 介護保険施設の所在地及び名称（ ※ ） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 （ ） －　　 |
| 入所（入院）年月日（※） | 　　　　年　　　月　　　日 | （※）の欄については、介護保険施設に入所（入院）しない場合には、記入は不要です。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名 |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※　上記住所と同じ場合は、記入不要です。**電話番号（ ） － |
| 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、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80万9千円以下です。 **（受給している年金に○をしてください。）****※ 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。**□　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80万9千円を超え、120万円以下です。**（受給している年金に○をしてください。）**□　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120万円を超えます。  **（受給している年金に○をしてください。）**□　本人が市町村民税課税者・市町村民税課税者と同一世帯です。 |
| 預貯金等に関する申告（配偶者含む） | □　預貯金、有価証券等の金額の合計は裏面の要件に該当します。　　※　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 | 負　債 | 　　　　 円 | その他(現金･有価証券含む） | (　　 　 　　)　　　　 　　　　　　　　　　　円 |
| 申請者氏名電話番号[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方を含みます。

(2)　預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳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うえ、添付してください。

(3)　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。**(裏面も必ずご記入ください)**

（裏　面）

* 軽減の対象となる該当要件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利用者負担段階** | **対象者** | **預貯金等の資産の状況** |
| **第１段階** | **・世帯全員が市民税非課税者で、老齢福祉年金を受給している方****・生活保護を受けている方** | **単身１,０００万円以下****夫婦２,０００万円以下** |
| **第２段階** | **・世帯全員が市民税非課税者で、課税・非課税年金収入額と合計****所得金額の合計が年額８０万９千円以下になる方** | **単身６５０万円以下****夫婦１,６５０万円以下** |
| **第３段階 ①** | **・世帯全員が市民税非課税者で、課税・非課税年金収入額と合計****所得金額の合計が年額８０万９千円超１２０万円以下の方** | **単身５５０万円以下****夫婦１,５５０万円以下** |
| **第３段階 ②** | **・世帯全員が市民税非課税者で、課税・非課税年金収入額と合計****所得金額の合計が年額１２０万円超の方** | **単身５００万円以下****夫婦１,５００万円以下** |

同　意　書

綾部市長　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。）に私および配偶者（内縁関係の

ものを含む。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

※　ご本人様等に代わってご記入された場合は、次の項目についてご記入願います。

①　代筆者氏名

②　本人及び配偶者との関係

③　代筆された理由