|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険負担限度額認定申請書  年　　月　　日  様式番号１（第１５条第１項） | | | | | | | | | | | | | | | |
| （申請先） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四街道市長　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  被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 個人番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　 日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | － | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称  （※） | － | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 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 | 配偶者の有無が「無」の場合、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 | 〒 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と  異なる場合） | 〒 | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| 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【遺族年金※ ・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が  年額80.9万円以下です。　　　　　**（受給している年金に○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。 | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※ ・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が  年額80.9万円を超え、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【遺族年金※ ・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が  年額120万円を超えます。 | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※通帳等の写しは別添 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、  ③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、  ⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。  ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券  (評価概算額)  申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。 | 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、その全てを記入し、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。 | | | | | | | | |
| **同　意　書**  **四街道市長　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、四街道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。  年 　月 　 日  ＜本人＞　 住所  　 氏名  ＜配偶者＞　 住所  氏名 | | | | | | | | |