様式第25号（第15条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

当麻町長　　　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

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 | |  | | | | | | | 被保険者番号 | | | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | 個人番号 |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | 性　別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、（受給している年金に○してください）  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金・非課税年金】収入額の合計額が年額80万円以下  ※　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、（受給している年金に○してください）  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金・非課税年金】収入額の合計額が年額80万円超120万円以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、（受給している年金に○してください）  課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金・非課税年金】収入額の合計額が年額120万円超 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　 単身1,000万円 （夫婦は2,000万円） 以下  　　　　　　　　　　　　　　　　　 ③　　 単身　650万円 （夫婦は1,650万円） 以下  　　　　　　　　　　　　　　　　　 ④　 単身　550万円 （夫婦は1,550万円） 以下  　　　　　　　　　　　　　　　　　 ⑤　 単身　500万円 （夫婦は1,500万円） 以下  ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は　単身　1,000万円　（夫婦は2,000万円）　以下  ※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、下記について記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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

(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、そのすべてを記入し、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。

**裏面の同意書にも記入、押印してください。**

（裏面）

**同　意　書**

当麻町長　　　あて

　　　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、

信託会社その課の関係機関（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の残高について、

報告を求めることに同意します。

　　　また、貴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

< 配偶者 >

住　所

氏　名