**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　　　月　　　　日

南会津町長

　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 | 明・大・昭　　　　　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 | 明・大・昭　　　　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 | | | | | | | | | | | | | | |

※内容を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、凖母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | 受給しているすべての遺族・障害年金の保険者に○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 |
| □ | 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を添付します。 | | | | | | |
| 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 | |

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）虚偽の申請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陪の加算金を返還していただくことがあります。

同　 意　 書

南会津町長

　 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、南会津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