**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　　月　　　日

恵那市長　宛

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（※） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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。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。 |
| □ | 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、下記については不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先(自宅・携帯・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。

◎資産の詳細について

預貯金

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 口座名義人 | 金融機関名 | 支店名 | 預貯金額 |
| １ |  |  |  | 円 |
| ２ |  |  |  | 円 |
| ３ |  |  |  | 円 |
| ４ |  |  |  | 円 |
| ５ |  |  |  | 円 |
|  | | | 合計 | 円 |

有価証券等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 種類 | | 評価概算額 |
| １ |  |  | | 円 |
| ２ |  |  | | 円 |
| ３ |  |  | | 円 |
|  | | | 合計 | 円 |

その他（負債・現金等）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏名 | 種類 | | 金額 |
| １ |  |  | | 円 |
| ２ |  |  | | 円 |
| ３ |  |  | | 円 |
|  | | | 合計 | 円 |

**※預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。**

※預貯金等の写しは、**申請日の直近から２か月前まで**のものを提出してください。

※負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意書  恵那市長様  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、恵那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 |
|  | | |