様式第19号

**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　月　　日

珠 洲 市 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 | 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 | 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 | 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 | □ | ①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 | | | | | |
| □ | ②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。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。 | | | | | |
| □ | ③-1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、120万円以下です。 | | | | | |
| □ | ③-2 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。 | | | | | |
| 預 貯 金 等 に  関す る 申 告  ※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、有価証券等の金額の合計が①の方は1000万円(夫婦は2000万円)、②の方は650万円(同1650万円)、③-1の方は550万円(同1550万円)、③-2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 |

※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 | 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。

(5) 段階の判定の基準となる合計所得金額は、「長期譲渡所得及び短期譲渡所得に係る特別控除額」と「年金収入に

　　係る所得額」を控除した額となります。

（裏面）

同 意 書

珠　洲 市 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、珠洲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

