|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 別記様式第23号（第15条関係) | **介護保険負担限度額認定申請書** |  |

年　　　月　　　日

（申請先）

　　　様似町長　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者に関する事項 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月　 　日 |
| 被保険者氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | －　　　　　－ |
| 介護保険施設の住所及び名称入所(院)年月日※施設入所しない場合は記入不要です。 | 入所年月日 　　　　　　　年　　 月　 　日　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　　－ |
|  |
| 配偶者の有無 | 有　　・　　無 | ※無の場合は以下記入不要です。 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　 月　 　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | 電話番号 | －　　　　　－ |
| 本年1月1日現在の住所 |  | 市町村民税課税状況 | 課税　・　非課税 |
|  |
| 収入等に関する申告 | 非課税年金受給の有無 | 有　( 遺族年金※ / 障害年金 ) ・ 無 | ※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。 |
| 被保険者の収入 | □ | 第１段階 | 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 |
| □ | 第２段階 | 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非課税年金収入額の合計が年額80万円以下です。 | 　受給している全ての年金の保険者マルで囲んでください。・日本年金機構・地方公務員共済・国家公務員共済・私学共済 |
| □ | 第３段階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非課税年金収入額の合計が年額120万円以下です。 |
| □ | 第３段階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非課税年金収入額の合計が年額120万円越えます。 |
|  |
| 預貯金等に関する申告 | 被保険者(配偶者含む)の預貯金等 | □ | 　預貯金、有価証券等の金額の合計が基準以下です。　　　　　　　　　　◎基準は下記のとおり。　※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※内容を記入して下さい。 |
|  |
| ◎預貯金等の基準 | 65歳以上のかたの預貯金等 | 第２段階 | 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万円以下（夫婦は1,650万円以下） |
| 第３段階① | 預貯金、有価証券等の金額の合計が550万円以下（夫婦は1,550万円以下） |
| 第３段階② | 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万円以下（夫婦は1,500万円以下） |
| 65歳未満のかたの預貯金等 | 　預貯金、有価証券等の金額の合計が1,000万円以下（夫婦は2,000万円以下） |
|  |
| 申請者氏名 |  | 電話番号 | －　　　　　－ |
| 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。

|  |
| --- |
| 同意書　　様似町長　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、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |