**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　月　　日

（申請先）

長崎県西海市長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  住所地及び名称  （※） |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 認定証送付先  （※） | 上記介護保険施設に認定証を送付　　　　　する　・　しない | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 平・令　　　　年　　月　　日 | | １、入所中　　　２、在宅（ｼｮｰﾄｽﾃｲを含む） | | | | | | | | | | | | | |

(※)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・平　　　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、  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。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 | □ | 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 |
| 委任欄 | 上記（申請者）の者がこの負担限度額認定申請書を提出することを委任します。 | | | |
| 申請者が本人以外の場合必要です。 | 被保険  者住所 | 〒 | 氏名 | |
| （記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。） | |

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また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には、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下さい。
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

長崎県西海市長　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、貴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