様式第34号(第39条関係)　　　　　　**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　月　　日

　本　宮　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  被保険者氏名 | |  | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
|  | | | | | 個人番号 | | | |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | 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名称及び所在地 | | 名　称 | |  | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※入所(院)年月日 | | 昭・平・令　　　　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 | | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日  現在の住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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／市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ②市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、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③－1市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。　　　**（受給している年金に○して下さい）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③－2市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。　　　**（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、有価証券等の合計額が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号被保険者の場合①、②、③－1、③－2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  ※内容を記入してください | | | | | |

**※裏面のご記入もお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 　年 　月 　 日.　交付 | ■利用者負担段階 | 課　長 | 主　幹 | 係　長 | 課　員 |
| ■適用年月日 | □第1段階（認定）  □第2段階（認定）  □第3段階①（認定）  □第3段階②（認定）  □非該当 |  |  |  |  |
| 令和　　年　　月　　日 |
| ■有効期限 |
| 令和　　年　　月　　日 | 【備考】 | | | |

【市記入欄】

**１．申請者について**

■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 |  |

**２．【介護保険（特定）負担限度額認定申請について】**

金融機関への調査を目的として、ご本人様及び配偶者様の同意をいただきます。下記の同意書欄を

必ずご記入の上、添付書類と併せてご提出いただきますようお願いいたします。

|  |
| --- |
| 同　　意　　書  本宮市長　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。  　　　　令和　　　年　　　月　　　日  ＜本人＞　　住所  　　　　　　氏名  ＜配偶者＞　 住所  　　　　　　 氏名 |

**３．【申請書と併せて提出が必要な書類】**

　□預貯金等の資産状況を確認する書類。（配偶者の分も必要になります。）

　□配偶者の住所が本宮市にない場合は、配偶者の非課税証明書を添付してください。

**=** 注意事項 **=**

1. 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべての合計を記入してください。
2. 通帳等のコピーを必ず添付してください。

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。

【担当】本宮市高齢福祉課　介護保険係

　　　　　　　　　　　　本宮市民元気いきいき応援プラザえぽか２F

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話０２４３－２４－５２０３