様式第２０号（第１３条関係）**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請先）内子町長 | | | | | | | | | | | | | | 年度 | | | | | | | | | |
| 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  （申請者） |  | 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 個人番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | | | 本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | 非課税年金受給の有無 | | | 無 ・ 有 | （ 遺族年金　・　障害年金）  ※遺族年金には、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。 | | | | |
| □ | 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、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9,000円 以下です。 | | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と非課税年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万9,000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、課税年金収入額と非課税年金収入額、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) | (内容　　　　　　)  　　　　　　　　円 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | 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、別世帯の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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | 備　考 | 受　付 | 入　力 | 確　認 |
|  |  |  |  |

**※裏面の同意書にも記入してください。**

同　意　書

（宛先）内子町長

　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、内子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