**介護保険負担限度額認定申請書**

福津市長　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。

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の所在地及び名称 (※) | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　□ショートステイ | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 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・預貯金等に関する申告 | □ | 生活保護受給者等 | 預貯金等額が単身：1,000万円以下 　　　　　　夫婦：2,000万円以下 |
| □ | 世帯全員が非課税で合計所得金額＋年金（※非課税年金含む）収入額の合計が年間80万円以下です。  【※遺族年金・障害年金　該当するものに〇をつける】 | 預貯金等額が単身：650万円以下 　　　　　　夫婦：1,650万円以下 |
| □ | 世帯全員が非課税で合計所得金額＋年金（※非課税年金含む）収入額の合計が年間80万円超120万円以下です。【※遺族年金・障害年金　該当するものに〇をつける】 | 預貯金等額が単身：550万円以下 　　　　　　夫婦：1,550万円以下 |
| □ | 世帯全員が非課税で合計所得金額＋年金（※非課税年金含む）収入額の合計が年間120万円超です。  【※遺族年金・障害年金　該当するものに〇をつける】 | 預貯金等額が単身：500万円以下 　　　　　　夫婦：1,500万円以下 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

**（※裏面の記入もお願いします）**

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**

福津市長　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。）に私及び配偶者（内縁関係のものを含む。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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者　本人確認 | **□個人番号Ｃ** | **□運転免許証　　□旅券　　□住基Ｃ　　□身障者手帳** | | | 課長 | 係長 |
| **□介護支援専門員証　□他（　　　　　　　）** | | | 証No. |  |  |
| □介護保険証　□年金手帳　□医療保険証　□その他（　　　　　　　） | | | |
| 支援措置対象者ではないか | | □成年後見人等 | □登記事項証明書（写し要） | | 担当 | 受付 |
| 確認済　□ | | □ケアマネジャー他 | □委任状 | |  |  |
| ※　顔写真付の証明書は1点で確認（証No.要）、顔写真のない証明書は２点で確認（写し要） | | | | |