**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

（申請先）北杜市長　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称  （※） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）  年月日（※） | 平 ・ 令　　　　年 　　月　　 日 | | (※)介護保険施設入所(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◯してください)  ＊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。 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税であって、  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◯してください) | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税であって、  **受給している全ての年金の保険者に◯**  **してください**  **日本年金機構**  **地方公務員共済**  **国家公務員共済**  **私学共済**  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◯してください) | | | | | |
| 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 |

※内容を記載してください。

【 裏面へ続く 】

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 |

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**

北杜市長　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

【北杜市記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身元確認  □個人番号カード　□運転免許証  □医療保険証　　　□介護保険証  □その他（ 　　　　 ） | 代理権確認 　□委任状　　　　 □医療保険証  □介護保険証 　□その他（ 　　　　　　　　　　　　　　 ） | 個人番号確認 　□個人番号カード 　□通知カード　　　　　　　　　□なし 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |