様式第32号(第21条第1項関係)　　　　　　　　　　　　　　　　(表)

介護保険負担限度額認定申請書

　会津美里町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 個人番号 | |  |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | |  |
|  | |
| 性別 | | 男　　　　女 |
| 生年月日 |  | | | | |
| 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(※) |  | (※)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 |  | | |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 |
| 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。 | | | | | |
| □ | 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。  ※2号被保険者（40歳以上65歳以下）の場合は、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・負債等) | （　　　　　　）※  円  ※内容を記入してください |

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所有している場合は、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。

●預貯金等に関する申告　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(裏)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人  （被保険者） | 種類 | | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預貯金 | 有  ・  無 |  |  |
| 有価証券 | 有  ・  無 | 種類 | 金額 |
|  |  |
| その他  （現金・負債等） | 有  ・  無 | 種類 | 金額 |
|  |  |
| 配偶者 | 種類 | | 金融機関及び支店名 | 預貯金額 |
| 預貯金 | 有  ・  無 |  |  |
| 有価証券 | 有  ・  無 | 種類 | 金額 |
|  |  |
| その他  （現金・負債等） | 有  ・  無 | 種類 | 金額 |
|  |  |

●添付書類

　　　　　預貯金等の要件を確認できる次の書類を添付してください。

・預貯金（普通・定期）・・・通帳の写し（銀行名・支店名・名義・最終残高（直近2ヶ月以内）のわかる部分）

・有価証券（株式・国債など）・・・証券会社や銀行の口座残高の写し

・負債（借入金・住宅ローンなど）・・・借用書など

同　意　書

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、貴町長の報告要求に対し、銀行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に伝えて構いません。

年　　　月　　　日

【本人】

住所

氏名

【配偶者】※配偶者が無の場合は、以下は記入不要です。

住所

氏名