（表面）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

　二戸地区広域行政事務組合管理者　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 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
| 介護保険施設所在地及び名称※ | 〒電話番号 | ※　介護保険施設に入所（院）していない場合は、記入不要 |
| 入所（入院）年月日※ | 年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配偶者に関する事項 | 配偶者の有無 | 　　有　　・　　無　　 | 「無」の場合は、配偶者に関する事項は記入不要 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 本年１月１日の住所※ |  | ※　上記の住所と異なるときに記入 |
| 課税状況 | 市（区）町村民税　　　課税　　・　　非課税 |

　㊟　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及び内縁関係の方も含みます。

　被保険者以外の方が申請する場合に記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |

（裏面も記入してください。）

（市町村記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | （所得等の状況） |
| 年　　月　　日 | □　生活保護受給者　　□　市（区）町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □　市（区）町村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非課税年金 |
| 収入額の合計年額が　□　80万9,000円以下　　□　80万9,000円超120万円以下　　□　120万円超 |
| 有効期間 | □　市（区）町村民税課税世帯又は別世帯の配偶者が課税の者、一定額以上の預貯金等があ |
| 年　　月　　日から年　　月　　日まで | 　る者 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 |
| 市町村長　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　 |

（裏面）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | □ | 生活保護受給者 | 被保険者の非課税年金受給状況□　遺族年金（寡婦年金､かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。）□　障害年金　　□　受給していない受給している年金保険者□　日本年金機構□　地方公務員共済□　国家公務員共済□　私学共済 |
| □ | 市（区）町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □ | 市（区）町村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非課税年金収入額の合計年額が80万9,000円以下 |
| □ | 市（区）町村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非課税年金収入額の合計年額が80万9,000円超120万円以下 |
| □ | 市（区）町村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非課税年金収入額の合計年額が120万円超 |
| 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、 | 預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり |
| □ | 1,000万円以下（夫婦は2,000万円以下） |
| □ | 650万円以下（夫婦は1,650万円以下） |
| □ | 550万円以下（夫婦は1,550万円以下） |
| □ | 500万円以下（夫婦は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。）内容 |  円  |

　㊟　１　預貯金等を複数所有している場合は、所有する全ての預貯金等を記入し、その写しを添付してください。書き切れない場合は、余白に記入するか、別紙に記入し提出してください。

２　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。

（同意書も記入してください。）

|  |
| --- |
| 同　　　　　意　　　　　書　　二戸地区広域行政事務組合管理者　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、信託会社その他の機関（以下「官公署等」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、照会することに同意します。　　また、二戸地区広域行政事務組合管理者の報告要求に対し、官公署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官公署等に伝えてかまいません。　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　被保険者　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　配偶者　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |