（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 |