|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 係　員 | 参　事 | 係　長 | 課長補佐 | 課　長 |
|  |  |  |  |  |

**介護保険負担限度額認定申請書**

　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 荒尾市長　様 | | | | | | | | | | | 令和４年度 | | | | | |
| 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  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭 　　　年　 　月 　　日 | | 性　　別 | | | 男 　・ 　女 | | | | | | | | | | |
| 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 | 昭 ・ 平 ・ 令　　 年　　 月　　 日 | ※ショートステイの場合は、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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税賦課期日の住所（現住所と異なる場合） | 〒　　　－ | | | | 本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | □ | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | 市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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年間８０万円以下です。　　　　　　　　　　　（受給している年金に○してください） | | | | | |
| □ | 市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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年間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） | | | | | |
| □ | 市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【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年間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は以下のとおりです。  ※預貯金、有価証券等に係る通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |
| 預貯金額 | | 本人　　　　　　　　円  配偶者　　　　　　　円  計　　　　　　　　　円 | 有価証券  (評価概算額) | 円 | その他  (現金・負債  を含む。) | (　　　　　)  　　　　　　　円 |

※遺族年金には、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含む。

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。（記入のない場合は受付できません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所所在地及び事業所名） | 本人との関係 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送付先記入欄 | □ 被保険者住所　□ 提出者住所　□ 入所(院)先　□ その他（下欄に記入） | 受付者 |
| 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方 |  |

**※裏面の同意書にも記入、押印してください。**

※市処理欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 段　階 | １・２・３①・３②・４ | 収入額 | 非課税年金 | 円 |
| 世帯人数 | 人 | 課税年金 | 円 |
| 課税状況 | 課税 ・ 非課税 | 年金以外の所得額 | 円 |
| 所得状況 | 保 ・ 境 ・ 老 | 合計 | 円 |

同　意　書

荒尾市長　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、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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、荒尾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。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名又は記名押印

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名又は記名押印

注意事項

(1)　この申請書における「配偶者」については、別世帯の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、その全てを記入し、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、支給された額を返還していただくとともに、支給された額の最大２倍の加算金を支払っていただくことがあります。