様式第20号(第22条関係）　　　　　介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（宛先）白岡市長

　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 | | 性別 | | |  | | | | | | | | | |
| 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  （※） | 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 | 明 ・大 ・ 昭　　　　　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  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 | □ | 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。 | | | | | |
| □ | 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） | | | | | |
| □ | 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 |  | 別紙「預貯金等に関する申告書」のとおり | | | | | |
| 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。

裏面もあります

|  |
| --- |
| 同意書  （宛先）白岡市長  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 |

申請書を提出する前にもう一度ご確認ください。

・　別紙の預貯金等に関する申告は記入しましたか？□

・　申告した預貯金等の内容が確認できる通帳のコピー等を添付しましたか？　□

　（配偶者のいる方は、配偶者の分のコピーの添付も必要です。）

・　配偶者の有無は記入しましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□

・　配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか？　　　　　　　□