**介護保険負担限度額認定申請書**

**令和５年度**

令和　　　年　　　月　　　日

多度津町長　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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
|  |  | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ |  |  |  |
| 生 年 月 日 | 明　・　大　・　昭　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 〒 |
| 連絡先(自宅)　　　　　　　　　　　　(携帯) |
| 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(※) | 昭・平・令　　　　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 |  |  | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ |  |  |  |
| 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 | □ | 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非課税年金収入額の合計額が年額80万円以下です。 | いずれかに○して下さい。1. **非課税年金の有無　【　有　・　無　】**

「有」の方は②③に○を ④に金額を記入して下さい。②種別 【 遺族年金※　・　障害年金　】※寡婦、かん夫、母子、準母子、遺児年金を含む。③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　】④前年の非課税年金合計額【 　　　　円】  |
| □ | 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非課税年金収入額の合計額が年額80万円超120万円以下です。 |
| □ | 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非課税年金収入額の合計額が年額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 |

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・携帯・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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | （町記入欄） |  |  |
|  | 住民税課税状況/配偶者 | □非課税　 □課税（ 本人 ・ 世帯 ） | □配偶者なし | □配偶者あり |
|  |
|  | 収入状況 | □生保　　　□老福　　　 　 | □1,000万以下　□1,000万超　 | □2,000万以下　 □2,000万超 |
|  | □80万以下　　　　　  | □650万以下 □650万超　 | □1,650万以下　 □1,650万超 |
|  | □80万超120万以下　 | □550万以下　 □550万超  | □1,550万以下　 □1,550万超 |
|  | □120万超　  | □500万以下　 □500万超  | □1,500万以下　 □1,500万超 |
|  | 非課税年金 | □有　　　　　　　　 □無 |
|  | 利用者負担 | 第　　　１　　　　２　　　　３-①　　　３-②　　　４ |
|  | 有効期間 | 令和　　　　年　　　月　　　日　～ 令和　６年 　７月 ３１日 |
|  | 備考　 | 要支援　1 2 　要介護　1 2 3 ４ 5 |
|  | 交付年月日 | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  |

**同 意 書**

多度津町長　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、貴町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

＜配偶者＞

住所

氏名