**介護保険負担限度額認定申請書**

**裏面あり**

**令和６年度**

多度津町長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※裏面もあります

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） |  | **裏面あり** | |
|  | 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　７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