様式第26号（第14条関係）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

菊川市長　宛

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 | | | | | |  | | | | | | | | 2 | | | 2 | | 2 | | 2 | | 4 | 0 |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 個人番号 |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  |
| 生年月日 | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  連絡先　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設  の所在地及び  　名称（※） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | □ | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。　　　　　（受給している年金に○して下さい。以下同じ｡)  ※　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※２・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※２・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）以下です。  ※第２号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※通帳等の  写しは別紙 | | 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

○　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。

○　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下さい。

○　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下さい。

○　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  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に私及び配偶者の課税状況及　　　　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、本人の審査結果について入所中の介護保険施設又は契約した  居宅介護（予防）支援事業所に情報提供することに同意します。  　　　　　年　　月　　日  　　　〈本人〉  　　　　　　住所  　　　　　　氏名  　　　〈配偶者〉  　　　　　　住所  　　　　　　氏名 |