介護保険負担限度額認定申請書

令和 　　年 　　月 　　日

（宛先）岡崎市長

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（注１） |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 明　・　大　・　昭　　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（※２） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※２） | 昭 ・ 平 ・ 令　　 年　　月日 | | （※２）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。 | | | | | | | | | | | | |

　（注１）本人が手書きしない場合は記名押印してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ | 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／  第２号被保険者 | | | | | 預  貯  金  等  の  基  準  額 | 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |
| □ | 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80万９千円以下です。（受給している年金に〇をしてください）  ※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 | | | | | 650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| □ | 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80万９千円を超え120万円以下です。（受給している年金に〇をしてください） | | | | | 550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| □ | 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〇をしてください） | | | | | 500万円（夫婦は1,500万円）以下 |
| 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基準額以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |
| 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 |

提出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。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所 | 本人との関係 |

(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。

注

意

事

項

(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。

同　意　書

（宛先）岡崎市長

　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　　

　　　　　※本人及び配偶者がそれぞれ氏名を手書きしない場合は、記名押印してください。

※　記入不要（市処理欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号確認 | □ 個人番号カード　□ 通知カード　□ 住民票の写し　□ オンライン | |
| 申請者 | □ 本人  □ 法定代理人　□ 登記事項証明書  □ 任意代理人　□ 同居家族　　□ 委任状　　□ 本人の被保険者証等  □ 介護支援専門員証・職員証　□ その他（ 　 　　　） | |
| 身元確認 | 写真有１点　□ 運転免許証　　□ 障害者手帳　　□ その他（ 　　　 ）  写真無２点　□ 介護被保険者証　□ 医療被保険者証　□ その他（　　　　　　　　　） | |
| 受渡方法 | * 来庁者へお渡し　　□ 自宅へ郵送　　□ ケアマネへ郵送　　□ 施設へ郵送 | |
| 交付年月日 | （確認状況等を記入）  配 偶 者　　　　無　 ・ 　有(課税）　・　 有（非課税）  預貯金額　　　基準額超過　　・　　基準額以下  非課税年金　　　無　 ・　 有  利用者負担段階　　　　第　　　　段階 | 確認者 |
| 年　月　日 |  |