介護保険負担限度額認定申請書

様式第26号(第19条関係)

k

（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

桑名市長　　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  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
|  | |
| 生年月日 |  | 個人番号 | |  |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 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 (頃) ～入所中　・　ショートステイ利用　有（もしくは利用予定　有 ） ・　無 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　　・　　無 | 「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。  「有」の場合、世帯分離や別居をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。 | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ  氏　　名 |  | | | |
|  | | | |
| 生年月日 |  | | 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 | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、  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○して下さい）  ※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であって、  **受給している全て**  **の年金の保険者に「〇」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**  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○して下さい） | | | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、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○して下さい） | | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の合計額は、各段階の定める上限額の範囲内です。※預貯金等の写しは別紙の通り | | | | | | | | |
| 単身　1,000万円以下 | | 単身　　650万円以下 | | | 単身　　550万円以下 | | 単身　　500万円以下 | |
| 夫婦　2,000万円以下 | | 夫婦　1,650万円以下 | | | 夫婦　1,550万円以下 | | 夫婦　1,500万円以下 | |
| 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  ※内容を記載してください |

申請者が被保険者本人の場合には、下記の記載は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 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所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。

書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。

（3）　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

　　　　　　　桑名市長　殿

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、桑名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