介護保険負担限度額認定申請書

様式第４１号（第３１条関係）

表面

美濃加茂市長　藤井　浩人　宛　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | | 被保険者番号 | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名  ＊署名又は記名押印 | 印 | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | 年　　 　　 月　　　 　日 | | 性 別 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の  所在地及び名称（※） | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、記入不要です。 | | |
| 配偶者に関する事項 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | 生 年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 氏名 |  | | |
| 住　　　所 | □ 被保険者と同じ  〒　　　－ | | | | |
| 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 | | | | | | | 預貯金等の基準額 | 預貯金等の要件なし | |
| 市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | 単身1,000万円  （夫婦2,000万円）以下 | |
| □ | 市町村民税世帯非課税 | | 課税年金収入額  +  その他の合計所得金額  +  非課税年金収入額  【遺族年金※・障害年金】  **合計額**  **（受給している年金に**  **○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。 | | | **年額 80万円以下** | | 単身650万円  （夫婦1,650万円）以下 | |
| □ | **年額 80万円超**  **120万円以下** | | 単身550万円  （夫婦1,550万円）以下 | |
| □ | **年額 120万円超** | | 単身500万円  （夫婦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が基準額以下です。  ６５歳未満の人  単身1,000万円  （夫婦は2,000万円）以下  ※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  ※内容を記入してください |

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、その全てを記入してください。

（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。

裏面に続く

同　意　書

裏面

美濃加茂市長　藤井　浩人　宛

　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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊署名又は記名押印

　　　＜　配偶者　＞

　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊署名又は記名押印

（市記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の状況 | ・生活保護　　　　　□　有　　　　　　　　□　無  ・老齢福祉年金　　　□　有　　　　　　　　□　無  ・市町村民税　　　　□　世帯課税　　　　　□　世帯非課税 |
| 配偶者の状況 | □　無　　　　□　有（市町村民税非課税）　□　有（市町村民税課税） |
| 預貯金等 | □　基準額　以下　　　□　基準額　超え |
| 適否 | □　該当　　　□　非該当 |
| 利用者負担段階 | □　１　　 　 □　２　　　 □　３－①　　　□　３－②　　　 □　４以上 |
| 認定期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁　欄 | 起案　　　　　　　年　　　月　　日  決裁　　　　　　　年　　　月　　日  施行　　　　　　　年　　　月　　日 | 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係　員 | 担 当 者 |
|  |  |  |  |  |