**介護保険負担限度額認定申請書**

年　　月　　日

日光市長　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 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 明・大・昭　 　　年　　　月　　　日  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　（連絡先） |
| 入所（院）した介護保険施設の　所在地及び名（※） | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　（連絡先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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 | 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) | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　（連絡先） |
| 課 税 状 況 | 市町村民税　　　　　　　課　税　　・　　非課税 |
|  |
| 収入等に関する申告受給している全ての年金の保険者に○して下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 | □ | 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※・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※・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※通帳等の写しは別添 | □ | 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。※**預貯金、有価証券にかかる通帳等の写し**は、別添のとおり　※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。 |
| 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※内容を記入して下さい |
| 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 | 電話番号（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する場合は、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）書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付して下さい。

（４）虚偽の申告により不正に特定入所者介護（予防）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**日光市長　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、日光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（被保険者）＞　住　所　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞　住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| **同　　意　　書**日光市長　様　介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、市民税の課税状況について、日光市長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。　　年　　　月　　　日＜上記の方以外の　被保険者と同一世帯の方＞　住　所　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

・認定にあたっては、配偶者及び世帯の市民税課税状況が必要ですので、被保険者の配偶者と、被保険者の

属する世帯全員の署名をお願いいたします。