**介護保険負担限度額認定申請書**

**記載例（裏面あり）**

　申請日記入

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日

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 | | | ニッコウ　タロウ | | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被 保 険 者 氏 名 | | | 日光　太郎 | | | |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | | | 明・大・昭　 　○年　　○月　　○日 | | | | 性　　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | | 〒３２１－○○○○  　日光市○○町○○番地　　　　　　　　　　 　　（連絡先）××－×××× | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名（※） | | | 〒〒３２１－○○○○  日光市△△町△△番地　特別養護老人ホーム△△（連絡先）××－×××× | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日（※） | | | ○○ 年　　○月　　○日 | | | | 施設に入所している場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配 偶 者 の 有 無 | | | 有　　・　　無 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フ リ ガ ナ | | ニッコウ　ハナコ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | 日光　花子 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | 明・大・昭　　 　○年　　○月　　○日 | | | | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | | 〒３２１－○○○○  配偶者がいる場合記入  （内縁の場合・別世帯  でも記入）  　日光市○○町○○番地（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  該当する項目にチェック  該当する場合チェック  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1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金額 | | 2,500,000円 | 有価証券  （評価概算額） | 0円 | | | | その他  （現金・負債を含む） | | | | (　　　　現金 　)※  **③**  100,000円  ※内容を記入して下さい | | | | | | |
| 1. 配偶者がいる場合、預貯金額等はご夫婦2人の合計額（複数ある場合は全ての額の合計）を記入。   預貯金額は、ご本人と配偶者の、**通帳の表紙をめくった２ページ目（口座番号・口座名義が分かるページ）**と、**最新の残高が分かるページ（最新の残高記帳したもの）**をコピーして添付。   1. 有価証券は、ご本人と配偶者の、証券会社や銀行、信託の口座名義と残高の記載箇所の写しを添付。 ※ウェブサイトの写しも可　　③ 現金（いわゆるタンス預金）は、金額の記入のみで可。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名  申請者が本人以外の場合記入 | | | | | | | | 電話番号（自宅・勤務先） | | | | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **同　　意　　書**  必ず記入してください  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。  申請日記入  　　 年　　　月　　　日  ご本人の住所・氏名記入  ＜本　人（被保険者）＞  　住　所　日光市○○町○○番地  配偶者がいる場合記入  （内縁の場合・別世帯でも記入）  　氏　名　日光　太郎  ＜配偶者＞  　住　所　日光市○○町○○番地  氏　名　日光　花子 |

|  |
| --- |
| **同　　意　　書**  配偶者以外で同じ世帯の方がいれば記入してください  日光市長　様  必要があるときは、市民税の課税状況について、日光市  とに同意します。  申請日記入  　年　　　月　　　日  ＜上記の方以外の　被保険者と同一世帯の方＞  ・ご本人と配偶者が同一世帯の場合は、ご本人と配偶者以外の**世帯全員の記入**  ・配偶者がいない場合はご本人以外の**世帯全員の記入**  住　所　日光市○○町○○番地  氏　名　日光　一郎  住　所　日光市○○町○○番地  氏　名　日光　もみじ |

**ご提出前に、こちらのチェック項目をご確認ください。**

**□ 通帳の写し（口座番号・支店名・口座名義人がわかるページと最新の残高がわかる**

**ページ）を添付しましたか（２冊以上あればすべて）。**

**□ 記載もれ、記載あやまりはありませんか。**

**□ とくに、裏面にある同意書の記入もれはありませんか。**