**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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80.9万円以下です。  （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80.9万円を超え、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。  令和　　　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。  令和　　　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。