**負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

牡鹿郡女川町長　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 | |  | | | | | 保 険 者 番 号 | | |  | | | | | | ０ | ４ | ５ | ８ | １ | ５ |
| 被保険者氏名 | |  | | | | |
| 被保険者番号 | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | |  | | | | 性　　　別 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | 〒  連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | ※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 | 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 | | □ | 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  受給している全ての年金の保険者に  〇して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  以下です。  ※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1000万円(夫婦は2000万円)、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。  ※第２号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、③～⑤の方は1000万円(夫婦は2000万円)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 | | | | | | |

※内容を記入してください

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 |  | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申 請 者 住 所 |  | 本人との関係 |

注意事項

○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。

○預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、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、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。

○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

女川町長　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、貴町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＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名