**介護保険負担限度額認定申請書**

（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 愛媛県宇和島市長　様 | | | | | | | | | | 年度 | | | | | |
| 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  所在地及び名称  （※） | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所する居室の種別 | １ ユニット型個室　２ ユニット型個室的多床室　３ 従来型個室　４ 多床室 | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 平　・　令 　　　 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 　　年　　月　　日 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日現在の住所（現在の住所と異なる場合） |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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80.9万円以下です。（受給している年金に〇して下さい。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。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所 | 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、別世帯の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。

(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。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

　同　意　書

愛媛県宇和島市長　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。）に私及び私の配偶者（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、私及び私の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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）本人が手書きしない場合は記名、押印してください。