介護保険負担限度額認定申請書

様式第４１号（第３１条関係）

表面

美濃加茂市長　伊藤　誠一　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 印 | | 個人番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性　 別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | 明　・　大　・　昭　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の所在  地及び名称　（※） | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日（※） | | 平成　　　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。 | | | | | | | | | | | |

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生 年 月 日 | 明　・　大　・　昭　・　平  　年　　　　月　　　　日生 |
| 氏名 |  | |
| 住　　　所 | □被保険者と同じ  □被保険者と異なる　 →　〒　　　－ | | | |
| 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 | □ | 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と  【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が合計８０万円以下です。  **（受給している年金に○してください）**　※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 | | | | | | 受給している  全ての保険者に○してください  **日本年金機構**  **地方公務員共済**  **国家公務員共済**  **私学共済** |
| □ | 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と  【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が合計８０万円を超えます。  **（受給している年金に○してください）** | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が１０００万円（夫婦は２０００万円）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 | | | | | | |
| 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 | |

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している場合は、その全てを記入してください。

（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。

裏面に続く

裏面

同　意　書

美濃加茂市長　伊藤　誠一　宛

　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　＞

　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　＜　配偶者　＞

　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（市記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の状況 | ・生活保護　　　　　□　有　　　　　　　　□　無  ・老齢福祉年金　　　□　有　　　　　　　　□　無  ・市町村民税　　　　□　世帯非課税　　　　□　世帯課税 |
| 配偶者の状況 | □　無　　　□　有（市町村民税非課税）　□　有（市町村民税課税） |
| 預貯金等 | □1,000万円（夫婦で2,000万円）以下　　□1,000万円（夫婦で2,000万円）超え |
| 適否 | □　該当　　　□　非該当 |
| 利用者負担段階 | □　１　　　　□　２　　　　□　３　　　　□　４以上 |
| 認定期間 | 平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁　欄 | 起案　　平成　　　年　　　月　　日  決裁　　平成　　　年　　　月　　日  施行　　平成　　　年　　　月　　日 | 課　長 | 係　長 | 係　　員 | 担 当 者 |
|  |  |  |  |