介護保険負担限度額認定申請書

（申請先）

武蔵村山市長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
| 印 | | 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（※） |  | （※）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 |  | | 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 | 住民税　　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申告区分 | 負担段階 | | | 収入、預貯金等の状況 | | | | | |
| 収入等に  関する申告 | □ | １ | | 生活保護受給者／本人及び世帯全員が住民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ２ | | 本人及び世帯全員が住民税非課税であり、課税年金収入額と遺族年金※・障害年金収入額、その他の合計所得の合計額が**年額８０万円以下**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。 | | | | | |
| □ | ３－① | | 本人及び世帯全員が住民税非課税であり、課税年金収入額と遺族年金※・障害年金収入額、その他の合計所得の合計額が**年額８０万円を超え、かつ、１２０万円以下**です。 | | | | | |
| □ | ３－② | | 本人及び世帯全員が住民税非課税であり、課税年金収入額と遺族年金※・障害年金収入額、その他の合計所得の合計額が**年額１２０万円を超え**ます。 | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が、１の方は１，０００万円（夫婦の場合は２，０００万円）、２の方は６５０万円（夫婦の場合は１，６５０万円）、３－①の方は５５０万円（夫婦の場合は１，５５０万円）、３―②の方は５００万円（夫婦の場合は１，５００万円）以下※です。  ※第２号被保険者の方は１，０００万円（夫婦の場合は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) | 内容(　　　　　　)  円 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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

（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保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写し（申請日から２か月前ま

での入出金の状況が記入されているもの）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。

|  |  |
| --- | --- |
| 裏面の同意欄  本人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | 配偶者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

裏面を御確認ください

**同意書**

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、武蔵村山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。

　　※表面の下部に署名、捺印をお願いします。

以下は記入しないでください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | 交付年月日 | 生活保護 | 課税年金 | | 円 | 今回の結果 | | |
| 年　月　日 | 有・無 | 遺族年金 | | 円 | 該当 | | |
| 適用年月日 | 老齢福祉年金 | 障害年金 | | 円 | 非該当 | | |
| 年　月　日 | 有・無 | その他所得 | | 円 | 事由 | (本人・家族・配偶者)課税 | |
| 有効期限 | 利用者負担段階 | 収入合計 | | 円 | 預貯金等合計金額超過 | |
| 年　月　日 | 第　　　段階 | 預貯金額等合計 | | 円 | 未申告（本人・家族・配偶者） | | |
| 年金保険者 | | 日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 | 配偶者  課税状況 | | 課税・非課税 |
| 要介護度 | | 備考欄 |  | | | | |
| 支援（　　　）介護（　　　）  新規・更新・区変（　　　／　　　） | |