**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

（申請先）

　　鹿児島県出水郡長島町長　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 | |  | 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　　日生 | 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(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、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・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であって、  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  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  年額80万円以下です。　　　　　（受給している年金に○をして下さい）  ※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。 | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税であって、  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  年額80万円を超えます。　　　　（受給している年金に○をして下さい） | | | | | |
| 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

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

（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。

**同　意　書**

鹿児島県出水郡長島町長　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。

　　　　　年　　月　　日

　　＜本人＞

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　＜配偶者＞

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印