介護保険負担限度額認定申請書

北上市長(保険者番号：032060)　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　介護保険法施行規則第83条の５に規定する要件に該当するので、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 |  | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　-  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設への入所(院)  の有無（予定を含む） | | 有　・　無 | | 左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設  の名称等 | 〒　　　　-　　　　　　　 　住所　　：  施設名：　　　　　　　　　　電話番号：(　　)  (　施設入所　・　短期入所　)　左記のどちらかに○ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無 | 有　　・　　無 | | 左記において「無」の場合は以下の事項は記載不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に  関する事項 | フリガナ | |  | | | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭・平  　　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 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のみ記載) | | 〒　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入の申告 | | □ | | 生活保護受給者 | | | | | | |
| □ | | 老齢福祉年金受給者（明治44年４月１日以前に生まれた人など） | | | | | | |
| □ | | 非課税年金受給者[　遺族年金　・　障害年金　] | | | | | | |
| 資産の申告 | | 預貯金額 | | | 円 | | 有価証券 (評価概算額) | 円 | その他 | 円 |
| 決定通知の送付先 | | | | | | | | | | |
| □本人 | □申請者 | | | □施設 | | □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 申請者記載欄(申請者が被保険者本人の場合には記載不要です。) | | | | | | | | | | |
| 氏名等 | | | 氏名：　　　　　　　　　　本人との関係： | | | | | | | |
| 住所等 | | | 〒　　　　-  住　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：(　　) | | | | | | | |

注意事項

１　この申請書における「配偶者」には、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、そのすべ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。

|  |
| --- |
| 銀行等への口座照会に対する同意書  北上市長　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、北上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。  令和　　年　　月　　日  〈本人〉  　住所：  　氏名：  〈配偶者〉  　住所：  　氏名： |

[市記入欄　＊記入しないでください。]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 未納　有・無 | | 配偶者　有・無 | | | 配偶者課税状況　課税・非課税 | | | | 資産合計　　　　　　　円 | | | |
| 世帯課税状況　課税・非課税 | | | | | | | | 被保険者本人の収入 | | | | |
| 世帯主：  世帯員： | | | | | | | | 所得 | | | 円 | |
| 課税年金 | | | 円 | |
| 非課税年金 | | | 円 | |
| 合計 | | | 円 | |
| 段階区分 | 収入要件 | | | | | 資産要件 | | | | | | 該非 |
| 第１段階 | □ | | 生活保護受給者又は  老齢福祉年金受給者 | | | □ | 単身：1,000万円以下  夫婦：2,000万円以下 | | | | | 該・非 |
| 第２段階 | □ | | 所得＋課税年金＋非課税年金が  80万円以下 | | | □ | 単身：　650万円以下  夫婦：1,650万円以下 | | | | | 該・非 |
| 第３段階① | □ | | 所得＋課税年金＋非課税年金が  80万円超120万円以下 | | | □ | 単身：　550万円以下  夫婦：1,550万円以下 | | | | | 該・非 |
| 第３段階② | □ | | 所得＋課税年金＋非課税年金が  120万円超 | | | □ | 単身：　500万円以下  夫婦：1,500万円以下 | | | | | 該・非 |
| 交付年月日 | | | | 備考 | | | | | | 受付印 | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 適用年月日 | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 有効期限 | | | |
| 令和　　年　　月　　日 | | | |