第17号様式（第17条関係）

（表面）

介護保険負担限度額認定申請書

　年　　月　　日

　大治町長　　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 | | 年　　月　　日 | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地  及び名称（ ※ ） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | 生　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | □ | 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○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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | 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、その全てを記入し、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、支給された額を返還していただくほか、支給された額の最大２倍の額の加算金を支払っていただくことがあります。

（裏面）

|  |
| --- |
| 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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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  ＜配偶者＞  　　住所  　　氏名 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 町　記　入　欄 | 交付年月日 | 備　　　　　考 |
| 年　　月　　日 | （所得分布の状況等を把握） |
| 適用年月日 |
| 年　　月　　日  から |
| 有効期限 |
| 年　　月　　日  まで |