**令和 ７ 年度用**

様式第３２号（第２４条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

令和 　 年　　月　　日

常陸太田市長　殿

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。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 常陸太田市　　　　　　　　　　　　　　　　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（※） | | | 平・令　　　　　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 | | 明・大・昭　　　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 | | | □ | 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  受給している全ての年金の保険者に〇をしてください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  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80.9万円以下です。（受給している年金に〇してください。以下同じ。）  　※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80.9万円を超え、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②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は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） | | | | | | | | | | (　　　　 )※  　　　円 | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | ※内容を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、世帯を別にす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、定期、普通預金等を複数所有している場合は、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

の規定により、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。

市

記

入

欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 課税状況 | 課　税　・　非課税 |
| 収入・所得 | 年金収入　　　　　　　　円／合計所得　　　　　　　　円／年金収入（非課税）　　　　　　　　円 |
| 負担段階 | 第　　　段階 |
| 適用年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日　から　令和　　　年　　　月　　　日　まで |

裏面の同意書も記入してください。

|  |
| --- |
| 同　意　書  常陸太田市長　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、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。  　　　　　令和 　 年　　　月　　　日  　　＜本　人＞  　　　住所　　常陸太田市  　　　氏名  　　＜配偶者＞  　　　住所  　　　氏名 |