介護保険負担限度額認定申請書 （[ ] 新規　[ ] 更新　[ ] 再申請 ）

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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」は記載不要 |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告（該当する項目にチェックしてください） | [ ]  | 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者（１） |
| [ ]  | 市町村民税世帯非課税者で、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（２） |
| [ ]  | 年額80万円を超え、120万円以下（３-①） |
| [ ]  | 年額120万円を超える（３-②） |
| 課税年金収 入 額 | 円 | 合　　計所得金額 | 円 | 遺族年金障害年金収 入 額 | 円 |
| 預貯金等に関する申告 | [ ]  | 預貯金等の金額の合計は、裏面の認定要件③の範囲内です。※預貯金・有価証券にかかる通帳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(内容を記入) | (　　　　　　　)円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設利用状況 | [ ]  施設入所（特養、老健、介護医療院など）　[ ]  ショートステイ　[ ]  利用予定　[ ]  未定 |
| 介護保険施設の名称及び所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　 |

|  |
| --- |
| 鰺ヶ沢町長　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。なお、この度の申請に伴い、必要な場合は本人及び配偶者の収入・資産等の状況等について、鰺ヶ沢町が官公署等に調査し、その報告を求めることに同意します。　令和　　　年　　　月　　　日申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　　　　氏名　　　　　　　　　　（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。） |

＜町使用欄（これより下は記入不要）＞

|  |
| --- |
|  |
| 本人世帯 | 非課税・課税 | 負担段階 | 第　　　　段階 |  | 確認証等の入所施設等への送付希望 | 有　・　無 |
|  |
| 配偶者 | 非課税・課税 | 適用期間 | 　　年　　月　　日～　　　年　７月３１日 |  |
| （決裁欄） |
| 資　産 | 範囲内・超過 |  | 課長 | 代理 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |
| 決　定 | 承 認 ・ 却 下 | 認定年月日 | 　　　年　　月　　日 |  |
|  |

＜認定の要件＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下のすべての項目を満たす方1. 世帯全員が市町村民税非課税
2. 配偶者が市町村民税非課税

　※「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。1. 預貯金等が、下表に掲げる収入に関する事項一定額以下であること

　　　　※ 「預貯金等」には、預貯金（普通・定期）、有価証券（株式・国債・地方債・社債など）、金や銀など購入先の口座残高によって時価評価額が容易に把握できる貴金属、投資信託、タンス預金（現金）、負債（借入金・住宅ローンなど）となっています。なお、負債については、資産の合計額から控除する取扱いとなります。※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は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付して下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 段階 | 収入に関する事項 | 預貯金に関する申告（※1） |
| 単　身 | 夫　婦 |
| １ | 生活保護受給者又は市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | 1,000万円以下 | 2,000万円以下 |
| ２ | 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(※2)・障害年金)収入額の合計額（年額）が | 80万円以下 | 650万円以下 | 1,650万円以下 |
| ３－① | 80万円を超え、120万円以下 | 550万円以下 | 1,550万円以下 |
| ３－② | 120万円を超える | 500万円以下 | 1,500万円以下 |

※1　第２号被保険者（40～64歳）の場合は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。※2　遺族年金については、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。 |

＜注意事項＞

|  |
| --- |
| 1. 預貯金通帳の写しを提出する際は、次に掲げるページ写しを添付してください。
	1. 金融機関名、支店名、口座名義人、口座番号が分かるページ（主に表紙をめくったページ）
	2. 普通預金のページ（申請日時点の最終残高を含む２か月程度の明細が分かるページ）
	3. 定期預金等のページ
2. 書ききれない場合は、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。
3. 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。
 |

＜町使用欄（これより下は記入不要）＞

|  |
| --- |
|  |