様式第23号（第28条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  ※【】内の非課税年金を受給している場合、該当するものに○を付してください。（遺族年金には寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。） | | □ | (区分①)　生活保護受給者  (区分②)　市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | (区分③)　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 | | | | | | | | | | | | | | 受給している全ての年金保険者に○を付してください。  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 | | | | |
| □ | (区分④)　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80.9万円超120万円以下 | | | | | | | | | | | | | |
| □ | (区分⑤)　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120万円超 | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | 65歳以上の人  ※生活保護受給者は記載不要 | □ | 上記「収入等に関する申告」での私の該当区分に応じ、私（及び配偶者）の預貯金、有価証券等の金額の合計額は以下のとおりであることを申告します。  区分②の場合・・・1,000万円（夫婦は2,000万円）以下  区分③の場合・・・　650万円（夫婦は1,650万円）以下  区分④の場合・・・　550万円（夫婦は1,550万円）以下  区分⑤の場合・・・　500万円（夫婦は1,500万円）以下 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65歳未満の人 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計額は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資産の種類及び金額 | 預貯金額 | 円 | 有価証券  （評価概算額） | | 円 | | | その他  （現金・負債含む。） | | | | | | (　　　 　　)  円 | | | | | | |
| 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。　※生活保護受給者は添付不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奥州市長　宛  上記のとおり食費及び居住費に係る負担限度額認定の申請をします。  　　　　　　年　　月　　日　　　　申請者　住所  　　　　　　　　　　　　電話番号  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入力日 | ※ 処理欄(記入不要) | | |
|  | 受付 | 入力 | 確認 |
| 確認日 |  |  |  |
|  |

【注意事項】(1) この申請書における「配偶者」について、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。配偶者が有る場合には、配偶者の預貯金等についても同様に記入、添付してください。

(3) 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うえ、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  奥州市長　宛  　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。  年　　　月　　　日  ＜本人＞  　　住所  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  ＜配偶者＞  　　住所  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |