様式第１７号（第１８条関係）

**令６**

介護保険負担限度額認定申請書

年　 　月　 　日

　（宛先）入間市長

　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 | 明 ・ 大 ・ 昭　　 年　 月　 　日 |  |
| 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、「配偶者に関する事項」については、記入不要です。 |
| 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 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合） |  |
| 市町村民税課税状況 | 課　税　・　非課税 |
|  |
| 収入・預貯金等に関する申告 | 第1段階 | * 生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者です。
 |
| 第2段階 | □　市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋年金以外の合計所得金額が年額８０万円以下です。 | かつ預貯金等の合計が６５０万円以下（夫婦は１６５０万円以下）です。 |
| 第3①段階 | □　市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋年金以外の合計所得金額が年額８０万円超１２０万円以下です。 | かつ預貯金等の合計が５５０万円以下（夫婦は１５５０万円以下）です。 |
| 第3②段階 | □　市町村民税世帯非課税者であって、公的年金等収入金額（非課税年金を含む）＋年金以外の合計所得金額が年額１２０万円超です | かつ預貯金等の合計が５００万円以下（夫婦は１５００万円以下）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 |

※負担限度額認定証の送付先は、ご住所若しくはご登録されている送付先にお送りします。

**☆裏面もご記入ください☆**

市 記 入 欄

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定あり |  | 課税年金収入額　　　　　　　　　　　　　 　円 | 非課税年金額　　　　　　　　　　　　　円 | **段階** |
| 非課税世帯 |  | 合計所得金額　　　　　　　　　　　　　　　 円 | 　　・遺族　　・障害 |
|   | 　　・日本　　・地方　　・国家　　・私学 |

同意書

（宛先）入間市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、銀行、官公署、年金保険者、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。）の課税状況及び保有する預貯金、有価証券等について、報告を求めることに同意します。

　また、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

注意事項

　⑴　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及び内縁関係の者を含みます。

　⑵　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。

　⑶　書ききれない場合は、余白に記入するか、別紙に記入の上、添付してください。

　⑷　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 電話番号　 |
| 申請者住所 |  | 本人との関係 |

※申請者の身分の分かる書類のコピーを添付してください。