介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

(申請先)

岩美町長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ | 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 | | | | | | |
| □ | 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80万円以下です。  ※寡婦年金、寡夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | 受給している全ての遺族・障害年金の保険者に○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 | |
| □ | 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80万円を超えまず。 | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計額が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券  (評価概算額)  　　　　　　　　　　　　　※　内容を記入してください。 | 円 | その他(現金・負債を含む) | | ※　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先）  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。 |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 性　　別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(※) | 昭・平　　年　　月　　　日 | (※)介護保険施設に入所(院)してない場合及び  ショートステイを利用している場合は記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |

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。

注意事項

1. この申請における「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、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
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

岩美町長　　様

　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、私及び配偶者が同意している旨を銀行に伝えて構いません。

　平成　　年　　月　　日

＜本人＞

　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　（代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　続柄：　　　　）

＜配偶者＞

　　住　所

　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（被保険者） | | 代理人(委任者に代わって手続きする人) | | | |
| 住　所 |  | 住　所 | |  | |
| 氏　名 | ㊞ | 氏　名 | |  | |
| 生年月日 |  | 生年月日 | |  | |
| 私は右記の者を代理人とし、介護保険負担限度額認定申請に関する手続きを委任します。  　　　年　　月　　日 | | 代理人が施設等の従業員の場合は、所属する事業所を以下に記入してください。 | | | |
| 施設等 | 住　所 | |  |
| 氏　名 | |  |
| 事業所番号 | |  |

（代筆者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　続柄：　　　　）

【委任状】

【岩美町記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者本人の申請 | | 代理人の申請 | | |
| 個人番号の確認 | 身元確認 | 代理権の確認 | 代理人の身元確認 | 被保険者本人の  個人番号の確認 |
| 個番カ（原本・写）  通知カ（原本・写）  その他（　　　　） | 個番カ　運免  旅券　身体手帳　精神手帳  その他（　　） | 登記事項証明  委任状  その他（　　　　） | 個番カ　運免  旅券　身体手帳　精神手帳  その他（　　） | 個番カ（原本・写）  通知カ（原本・写）  その他（　　　　） |