**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

奄美市長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | 奄美市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　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（※） | | 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 | (□　上記被保険者と同じ)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。　　　　（受給している年金に〇をして下さい。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市民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に 関する申告  ※通帳等の写しは  別　添 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）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1000万円（夫婦は2000万円）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。

　　(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。

【 市記入欄 】

上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか伺います。　　□承認する　　□承認しない

|  |  |
| --- | --- |
| 交付年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 適用年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 有効期限 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 限度額段階 | １　・　２　・　３①　・　３②　・　特例 |
| 備考 | 送付先　　□自宅　□施設　□申請者 |

|  |  |
| --- | --- |
| 滞納 | 有　　 ・　　 無 |
| [年金収入額・合計所得額]  [非課税年金収入額] | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係 |
|  |  |  |  |

同　意　書

奄美市長　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

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

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。

令和　 　年　 　月　 　日

＜本人＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名

　　　　　　＜代筆者＞

氏名

　　　　　　本人との関係