**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 熊本県玉名郡玉東町長　様  　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 | 年　　　月　　　日 | | 性別 | | |  | | | | | | | | | |
| 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(※) | 平 ・ 令 　　 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・平 　　　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 | □ | 生活保護受給者又は市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者 | | | | | 預貯金額が  単身：1,000万以下  夫婦：2,000万以下 |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、  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。 | | | | | 預貯金額が  単身：650万以下  夫婦：1,650万以下 |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、  年金収入額、その他の合計所得金額の合計額が**年額80万円超、120万円以下**です。 | | | | | 預貯金額が  単身：550万以下  夫婦：1,550万以下 |
| □ | 市町村民税非課税世帯であって、  年金収入額、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**。 | | | | | 預貯金額が  単身：500万以下  夫婦：1,500万以下 |
| 預貯金等に関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計は、上記で選択した**基準額以下**です。  ※預貯金、有価証券等に係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) | 円 | その他  (現金、負債等) | (内容　　　　 　)  　　　　　　 　円 |

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)　書き切れない場合は、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。

同　意　書

玉東町長　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、玉東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