**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　　　年　　　月　　　日

木曽広域連合長　　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。

※個人番号は、最下段の同意欄に署名いただければ記入不要です。もし個人番号を記入した場合は、個人番号カード等必要書類を持参のうえ、木曽広域連合健康福祉課へお越しください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 個人番号 | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 　　　年　　　月　　　日 |
| 住　 所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 入所介護保険施設  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 | 「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 |  | | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏 　 名 |  | |
| 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） |  | | | |
| 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 | | | | | | 受給している全ての年金の保険者に○をしてください。  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】の合計額が年額８０万円以下です。 | | | | | |
| □ | 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】の合計額が年額８０万円を超えて、  １２０万円以下です。 | | | | | |
| □ | 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】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 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計は要件を満たします。（※詳しくは勧奨通知裏面をご確認ください）  **※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） | 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は記載不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 被保険者本人との関係 |
| 申請者住所 | 日中連絡の取れる電話番号 |

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所有している場合は、そのすべてを記入してください。

（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。

|  |
| --- |
| ※ 本申請書につきましては、平成28年1月1日から個人番号の記載が法律により義務付けられたため、下記の同意欄に被保険者ご本人の署名をお願いします。　なお同意欄に署名いただけない場合は、本申請書と一緒に個人番号カードを持参のうえ、木曽広域連合健康福祉課へお越しください。    個人番号の確認及び記載に関する同意欄  本申請書に記載すべき私の個人番号については、木曽広域連合の個人番号利用事務実施者が団体内統合宛名システムを用いて確認し、また本申請書に記載することに同意します。  令和　　年　　月　　日  被保険者氏名 |

同　意　書

木曽広域連合長　　殿

　　　１　　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。

　　　２　　貴広域連合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。

　　　３　　私（被保険者本人）が負担すべき限度額について、サービス提供事業者に対して必要に応じて情報提供することに同意します。

令和　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

＜本人＞

　　　　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＜配偶者＞

　　　　住所

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印