|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  | | 大 ・ 昭　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）していない場合には、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 大・昭・平　 　 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） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | 市町村民税　　　　　　課税　　　・　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告  ※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。 | | | □ | ①生活保護受給者/②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③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80.9万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④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80.9万円を超え120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤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、有価証券等の合計金額が②の方は1,000万円(夫婦は2,000万円)、③の方は650万円(同  1,650万円)、④の方は550万円(同1,550万円)、⑤の方は500万円(同1,500万円)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1,000万円(夫婦は2,000万円)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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護保険負担限度額認定申請書

黒 石 市 長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　　月　　　日

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。

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 | 電話番号 |
| 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

　黒石市長　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、黒石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