様式第22号(第19条関係)

負担限度額認定申請書

愛南町長 様 　　　 　　　　　 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ | |  | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | 3 | 8 | 5 | 0 | 6 | 2 |
| 被保険者氏名 | |  | | | | 被保険者番号 | | |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
| 個 人 番 号 |  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | | 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(※) | | 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 | 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 | | □ | 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【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80万円以下です。  （受給している年金に○してください。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。 | | | | | | | | | | | | 受給している全て  の年金の保険者に  ○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 | | | | | | |
| □ | ④市町村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市町村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 | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が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 | | | | | | | |

※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

○　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。

○　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。

○　書き切れない場合は、余白に記入し、又は別紙に記入の上添付してください。

○　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**

愛南町長　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、愛南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。

　令和　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞