**介護保険負担限度額認定申請書**

様式第15号（第26条関係）

（表）

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請先）四国中央市長　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | 令和　 　年度 | | | | | | | | | |
| 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  （申請者） |  | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  四国中央市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称 | （※）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所(院)年月日(※） | 昭・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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 非課税年金受給に関する申告 | 遺族年金　・　障害年金 | 受給している場合は、○印を記入してください。なお、遺族年金は、寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金及び遺児年金を含みます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 | |
| 氏名 |  |
| 住所 | □同上　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  〒 | | | |
| 市区町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | | | 本年１月１日（申請が１月から７月までの場合は前年１月１日）時点の住所を記入してください。 |
| 課税状況 | 市区町村民税　　　課税　　　・　　　非課税 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 預貯金等に  関する申告  ※預貯金の通帳、有価証等の写しは、別添のとおり。 | 預貯金、有価証券等の合計額 | | □第２号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）又は老齢福祉年金受給者で1,000万円（夫婦の場合は、2,000万円）以下である。 | | | | |
| 第１号被保険者（65歳以上の方）で □500万円（夫婦の場合は、1,500万円）以下である。  □550万円（夫婦の場合は、1,550万円）以下である。  □650万円（夫婦の場合は、1,650万円）以下である。 | | | | |
| 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 |

被保険者以外の方が申請する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）　□同上  〒 | 本人との関係 |

注

１　この申請書における「配偶者」については、別世帯の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、夫婦２人の通帳等の写しを添付してください。預貯金及び有価証券等の残高等について、照会を行うことがあります。

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は、介護保険法第22条第１項の規定により、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。

　保険者記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人  （課税状況）  □非課税  □課税 | □生保　　□老福年金  □収入等80万円以下  □収入等80万円超120万以下  □収入等120万円超  □税情報無 | | 結 果 | | | 課　長 | 課長補佐 | | 係　長 |
| 該　当 | １ ・ ２ ・ ３① ・ ３② | |  |  | |  |
| 非該当  事　由 | 本人・世帯・配偶者課税  ・預貯金等基準額超 | |
| 主　任 | 係　員 | | 入　力 |
| 配偶者  □有　□無 | □非課税  □課税 | □通帳等写し  □同意書 |  |  | |  |
| 預貯金等 | | □基準額以下  □基準額超過 |  |  |  | |

（裏）

同　意　書

（申請先）四国中央市長　　　　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、四国中央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