第３１号様式（第２６条第１項）

介護保険負担限度額認定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定要件の確認 | 本人及び世帯員の市町村民税の課税状況 | □１：本人（被保険者）が生活保護受給者／２：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人が老齢福祉年金受給者□３：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含む。以下同じ。□４：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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□５：市町村民税世帯非課税者であり、かつ本人の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120万円を超える |
| 本人及び配偶者の預貯金額 | □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）以下、５の方は500万円（同1,500万円）以下※ 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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の情報 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 住所 | 郵便番号 | 　 |
| 　 |
| 電話番号 | 　 |
| 被保険者が現在受けているサービス | □介護保険施設に入所（院）している□介護保険施設に入所（院）予定□ショートステイ |
| 入所（院）している介護保険施設の名称 | 　 |
| 介護保険施設の所在地 | 郵便番号 | 　 |
| 　 |
| 入所（院）年月日 |  年 　　月 　　日 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出代行者の情報 | 提出代行者の氏名 | 　 | 被保険者との関係 | 　 |
| 事業所の名称 | 　 | 事業所の種別 | 　 |
| 事業所の住所 | 郵便番号 | 　 |
| 　 |
| 事業所の電話番号 | 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配偶者の情報 | 配偶者の有無 | 　有 ・ 無 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 配偶者の氏名 | 　 |
| 配偶者の現住所 | 郵便番号 | 　 |
| 　 |
| 配偶者の本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） | 郵便番号 | 　 |
| 　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 預貯金等の情報 | 本人及び世帯全員の市町村民税の課税状況 | 　 |
| 配偶者の市町村民税の課税状況 | 　 |
| 本人の基礎年金番号 | 　 |
| 年金の種類 | 　 |
| 本人の1年間の年金収入額 | 　 |
| 本人の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額 | 預貯金額 | 　 |
| 有価証券評価概算額 | 　 |
| その他（負債等）額 | 　 |
| 配偶者の預貯金、有価証券等及びその他（負債等）の金額 | 預貯金額 | 　 |
| 有価証券評価概算額 | 　 |
| その他（負債等）額 | 　 |

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、複数所有している場合はその全ての額を記入し、通帳等の写しを添付してください。

・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。

同　意　書

（宛先）東金市長

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、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私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、東金市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私が同意している旨を銀行等に伝えることに併せて同意します。

　　　　　年　　月　　日

　（申請者）

　　　　　　住　所

　　　　　　氏　名

　（配偶者（内縁関係の者を含む。））

　　　　　　住　所

　　　　　　氏　名