|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

介護保険負担限度額認定申請書

（宛先）東金市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 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 | 　 |