様式第17号（第22条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日（申請先）

宇佐市長　　　　　　　　　　宛て

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | |  | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　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  (※) | | 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。 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 氏　　名 | フ　リ　ガ　ナ | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　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 | □ | 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者  受給している全て  の年金の保険者に  〇をして下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済 | | | | | |
| □ | 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80万円以下です。　　　　　（受給している年金に〇をして下さい）  　※　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。 | | | | | |
| □ | 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80万円を超えます。　　　　（受給している年金に〇をして下さい） | | | | | |
| 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1000万円（夫婦は2000万円）以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | |
| 預貯金額 | |  | 有価証券  円  (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

(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、そのすべてを記入し、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      宇佐市長　　　　　　　　　宛て  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、貴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 |