様式第49号（第34条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

（申請先）

　東海村長　　　　　　　　　様

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 |  | | 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」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】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。 | | | | | |
| □ | 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】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】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  ※通帳等の写しは別添 | □ | 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 |

申請者が被保険者本人の場合は記載不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。

様式第49号の2（第34条関係）

|  |
| --- |
| 同意書  　東海村長　　　　　　　　　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，貴村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 |