様式第28号　　　　　　　　　　　　　　　　(表)

**介護保険負担限度額認定申請書**

東白川村長　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | | 性別 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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(※) |  | （※）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 | フリガナ |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 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) | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | | | | | | | | | | | | | |
| 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・受給なし】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**です。 | | | | | |
| □ | 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・受給なし】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**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・受給なし】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**ます。 | | | | | |
| 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、②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。※第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の場合は、③～⑤の方は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 | | 円 | 有価証券  (評価概算額) | 円 | その他  (現金･負債含む) | 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 |

（裏）

**同　　　意　　　書**

東白川村長　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　　　　　　　　　　　　　　　㊞