様式第24号(第18条関係）

介護保険負担限度額認定申請書

年　　　月　　　日

　　越前市長　殿

　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  (申請者) | | | | | 個人番号（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | 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(※) | | | | | 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  ※生活保護受給者、境界層該当者は記載不要です。 | | | | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | 個人番号（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 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) | | | |  | | | | | | 市民税課税状況 | | | | | | 課税　・　非課税 | | | | | | |
| 収入等に  関する申告  (本人) | | □ | ①生活保護受給者／②市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ③市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。  ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ④市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、120万円以下です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑤市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120万円を超えます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告  ※生活保護受給者、境界層該当者は記載不要です。 | | □ | 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 | | 本人　　　　　　　円  配偶者　　　　　　円 | | 有価証券  (評価概算額) | | | 本人　　　　　　　円  配偶者　　　　　　円 | | | | その他（現金・負債を含む) | | | | | 内容（　　　　　　）  本人　　　　　　　円  配偶者　　　　　　円 | | | | | |

　下記について、原則記載は不要です。申請者が後見人の場合には記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 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所有している場合は、そのすべてを記入してください。

(3)書ききれない場合は、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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 越前市  記入欄 | 本人確認(免許証・保険証・その他)、個人番号確認（カード等・住基台帳） | | | | | 第1段階・第2段階・第3段階①・第3段階② | |
| 交付  年月日 | 年　　月　　日 | 適用  年月日 | 年　　月1日 | 有効期限 | | 年7月31日 |

同意書

　越前市長　殿

　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、越前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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（自署するときは、押印不要です。）

<配偶者>

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（自署するときは、押印不要です。）