様式第22号(第18条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険負担限度額認定申請書　（宛先）甲州市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　月　　　日　　　次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る介護保険負担限度額の認定を申請します。 |
|  | 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　 |
| 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」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) |  |
| 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市町村民税非課税世帯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】※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。　　※受給している年金に〇をしてください。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】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】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※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、下記については記載不要です。 |
|  | 申請者氏名 |  | 連絡先 |  |  |
| 申請者住所 |  | 本人との関係 |  |
|  |

注意事項

1　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、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居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　（宛先）甲州市長　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。　　令和　　年　　月　　日**上記内容をご確認いただき、****住所、氏名をご記入ください。**〈本人〉住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〈配偶者〉住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |