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 |