**介護保険　負担限度額認定申請書**

令和７年度用

長門市長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | | 明・大・昭　　 　年 　　　月　 　　日生 | | | | | | | | 性　別 | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | |
| 住　所 | | | | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の 所在地及び名称(※) | | | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入 所(院)年月日(※) | | | | 年　　月　　日 | | | ※ 介護保険施設に入所(院)していない場合には、記入は不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の有無 | | | | 有　　・　　無 | | | ・世帯分離されている配偶者又は内縁関係の者を含みます。  ・「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年 　　月 　　日生 | | | | | 個人番号 |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 住所 | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年１月１日の住所 | | | 上記現住所と異なる場合のみ記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | | | 市町村民税　　　　　　　　　課税　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 収入等に関する申告 | | □生活保護受給者／市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | | | | | | | | | 預貯金等の基準額 | | | 1,000万円以下  （夫婦は2,000万円以下） | | | | | |
| □市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額（非課税年金含む）の合計額が年額80.9万円以下 | | | | | | | | | | | | | | 650万円以下  （夫婦は1,650万円以下） | | | | | |
| □市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額（非課税年金含む）の合計額が年額80.9万円超120万円以下 | | | | | | | | | | | | | | 550万円以下  （夫婦は1,550万円以下） | | | | | |
| □市町村民税世帯非課税者であって、合計所得金額と年金収入額（非課税年金含む）の合計額が年額120万円超 | | | | | | | | | | | | | | 500万円以下  （夫婦は1,500万円以下） | | | | | |
| 非課税年金受給状況 | | | 遺族年金　　・　　障害年金　　・　　その他（　　　　　　　　）　　・　　無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | | □預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額です。  ※預貯金、有価証券等にかかる通帳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・負債を含む） | | | | | | | (　　　　 　　 )※  円 | | | | |

　　　　　※内容を記入してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 申請者が被保険者本人の場合には、記入不要です | 電話番号 |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 |
| 送付先（※） | □被保険者本人（送付先設定がある場合送付先）　　□申請者　　　　□施設 | |

　※送付先が選択されていない場合は、原則被保険者本人に送付します

資産の詳細について

●預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください

●虚偽の申告により不正に認定を受け給付を受けた場合には、介護保険法第２２条第１項の規定に基づき、受給額及び最大２倍の加算金を返還していただくことがあります

□預貯金等　※年金受給者は、年金受け取り口座を記載した箇所の番号を○で囲んでください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人 | | 対象 | 残高 | 市確認欄 |
| １ |  |  |  |  | | 本・配 |  |  |
| ２ |  |  |  |  | | 本・配 |  |  |
| ３ |  |  |  |  | | 本・配 |  |  |
| ４ |  |  |  |  | | 本・配 |  |  |
| ５ |  |  |  |  | | 本・配 |  |  |
| ６ |  |  |  |  | | 本・配 |  |  |
| 合　計 | | | | | ① | | |  |

□有価証券等

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 金融機関名 | 支店名 | 口座番号 | 口座名義人 | 対象 | 残高 | 市確認欄 |
| １ |  |  |  |  | 本・配 |  |  |
| ２ |  |  |  |  | 本・配 |  |  |
| 合　計 | | | | | ② | |  |

□現金その他

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 名目 | 対象 | 金額（評価額） | 市確認欄 |
| １ | 現金　・その他（　　　　　　　　　　　　　） | 本・配 |  |  |
| ２ | 現金　・その他（　　　　　　　　　　　　　） | 本・配 |  |  |
| 合　計 | | ③ | |  |

□負債

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 貸主 | 名目 | 対象 | 残高 | 市確認欄 |
| １ |  |  | 本・配 |  |  |
| ２ |  |  | 本・配 |  |  |
| 合　計 | | | ④ | |  |

|  |
| --- |
| 同 意 書  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に、私及び配偶者（内縁関係の者を含む。）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、照会することに同意します。  長 門 市 長　あて  令和　　年　　月　　日  ＜本人＞　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞  住 所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　住 所  氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名 |