**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請先）長久手市長　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 |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 　 年　　 月 　　日 | | 性　　別 | | | 男　・　女 | | | | | | | | | |
| 住所 | 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 　　年　　 月 　　日 | | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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）（※） |  | | | | | （※）申請が1月から7月までの場合はその年の前年1月1日時点の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | | | | | 預貯金等の資産状況 |
| □ | 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 | | | | 単身：１，０００万円以下  夫婦：２，０００万円以下 |
| □ | 市町村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８０万９千円以下です。　　　　　　　　　　（受給している年金に○してください）  ※　寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 | | | | 単身：６５０万円以下  夫婦：１，６５０万円以下 |
| □ | 市町村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８０万９千円を超え、１２０万円以下です。（受給している年金に○してください） | | | | 単身：５５０万円以下  夫婦：１，５５０万円以下 |
| □ | 市町村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。　　　　　　（受給している年金に○してください） | | | | 単身：５００万円以下  夫婦：１，５００万円以下 |
| 受給している  年金の種類 | | □日本年金機構  □地方公務員共済  □国家公務員共済  □私学共済 | 預貯金等に関する申告 | 預貯金額 | 円  ◎裏面も御記入ください。 |
| 有価証券（評価概算額） | 円 |
| その他（　　　　　　　）  （現金・負債を含む） | 円 |

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 |

同　意　書

（宛先）長久手市長　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、長久手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

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名（自署）

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名（自署）