**介護保険負担限度額認定申請書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請先）壱岐市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | 整理番号： | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和　　年度 | | | | | | | | | |
| 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 | | | 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 | 施設  種別 | １.福祉施設　２.保健施設　３.療養施設　４.短期生活　５.短期療養 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ａ.ユニット型個室　ｂ.ユニット型準個室　c.従来型個室　d.多床室 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ |  | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | 個人  番号 |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 利用者負担段階 | | 収入区分 | | | | | 預貯金等の基準額 |
| 第1段階 | □ | 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 | | | | | 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |
| 第2段階 | □ | 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80万円以下です。  ※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。 | | | | | 650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| 第3段階  ① | □ | 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80万円を超え120万円以下です。 | | | | | 550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| 第3段階  ② | □ | 市長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。 | | | | | 500万円（夫婦は1,500万円）以下 |
| 預貯金等に  関する申告  （夫婦合計） | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計は基準額以下です。  ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | |
| 預貯金額 | | 円 | 有価証券等  (評価概算額) | 円 | その他  （現金・負債を含む） | （内容：　　　　）※  円  ※内容を記入してください |

**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保有している場合は、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所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）壱岐市長  　　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、壱岐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。  令和　　年　　月　　日  ＜本人＞  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  ＜配偶者＞  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・携帯・勤務先） |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | 本人との関係 |

【保険者記入欄】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者負担段階 | 第　　　段階 | 世帯課税状況 | 課税・非課税 | 合計所得 | 円 |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 | 配偶者課税状況 | 課税・非課税 | 課税年金収入 | 円 |
| 適用年月日 | 年　　月　　日 | 老福年金 | 有　・　無 | 非課税年金収入 | 円 |
| 有効期限 | 年　　月　　日 | 資産要件 | 合　・　否 | 結　　果 | 該当・非該当 |
| 受　付　欄 | 電算入力日 | 備　　　考（非該当の場合等記載） | | | |
|  | 年　　月　　日 | 非該当の場合  （世帯課税・預貯金超過・配偶者課税・その他） | | | |