様式第18号（第４条関係）

**介護保険負担限度額認定申請書**

令和○○年　○月　○日

（申請先）

能美市長

個人番号（マイナンバー）を必ずご記入ください。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者に関する事項 | フリガナ | ノミ　　イチロウ | 被保険者番号 | | | | | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 被保険者氏名 | **能美　一郎** |
| 個人番号 | | | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 生年月日 | 大　・　昭　・　平　　　○年　　○月　　○日 | | | 性別 | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | |
| 住所 | 〒　○○○－○○○○  　能美市**○○町○○番地**  連絡先　○○‐○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒　○○○－○○○○  **○○市○○町○○番地**  （施設名）　**特別養護老人ホーム○○○**　　　　　　連絡先　○○‐○○○○ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所年月日(※) | 平・令　　２年　　○月　　○日 | | **(※)介護保険施設に入所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。**  個人番号（マイナンバー）を必ずご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | ノミ　ハナコ | 市町村民税の課税状況  男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | **能美　花子** | 課税　　　・　 　非課税 | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大　・　昭　・　平　　○年　 ○月　 ○日 | 個人番号 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 |
| 住所 | 〒　○○○－○○○○  配偶者には、**世帯分離している場合や婚姻届を提出していない事実婚も含みます。**また、DV防止法における配偶者からの暴力を受けた場合や配偶者が行方不明の場合等は記載する必要がありません。  　能美市**○○町○○番地**  連絡先　○○‐○○○○ | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） |  | | | | | | | | | | | | | |

被保険者本人が届出をする場合は、下記は記入不要です。　　　　↓※日中連絡のつく連絡先（自宅・勤務先・携帯）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 届出者名 | 能美　　太郎 | 連絡先 | ０９０-○○○○-○○○○ | |
| 届出者住所 | 能美市○○町○○番地 | | 本人との関係 | **子** |

**裏面の申告欄・同意書についてもご確認の上、必ず記入ください。**

※注意事項

申請内容の確認のため連絡させていただくことがあります。必ず**日中に連絡のつく連絡先**をご記入ください。

（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。

1. 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てください。配偶者が「有」の場合は配偶者の預貯金等についても資料を添付してください。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。
2. 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。
3. 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を能美市で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません。

＜市記入欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 決　定 | 所得区分 | 備　　考 | 受　　付 |
| 令和　年　月　日 | □該　当 | □第１段階  □第２段階  □第３段階①  □第３段階② |  | □預貯金等写し添付  □同意書記入あり |
| 適用年月日 |
| 令和　年　月　日  　　　　　　から |
| 有　効　期　限 | □非該当 | □市民税本人課税  □市民税配偶者課税  □市民税世帯課税  □預貯金等要件不足  □その他（　　　　） |
| 令和　月　日  　　　　　　まで |

**申請者記入欄（続き）**

受給している全て

の年金の保険者に

○して下さい

日本年金機構

地方公務員共済

国家公務員共済

私学共済

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等  に関する申告 | □１ 生活保護受給者／市町村民税非課税世帯である老齢福祉年金受給者  （受給している年金に○して下さい） | | | | | |
| ☑２ 市町村民税非課税世帯であって、  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。  （受給している年金に○して下さい） | | | | | |
| □３-① 市町村民税非課税世帯であって、  　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。  (受給している年金に○して下さい) | | | | | |
| □３-② 市町村民税非課税世帯であって、  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。 | | | | | |
| 預貯金等に関する申告  ※１ | ☑　預貯金、有価証券等の金額の合計が、１の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、２の方は650万円（同1,650万円）、３-①の方は550万円（同1,550万円）、３-②の方は500万円（同1,500万円）以下です。　※預貯金等がわかるものの写しは別添のとおり | | | | | |
| 申請者 | 預貯金 | **○○**　銀行・農協・信金　　　　　　■■　　　本店・支店 | | | １，000,000円 |
| **□□**　銀行・農協・信金　　　　　　　　　本店・支店 | | | 200,000円 |
| 銀行・農協・信金　　　　　　　　　本店・支店 | | | 円 |
| 有価  証券等 | (種類)　国債 | 評価概算額　　　３，０００，０００円 | | |
| (種類) | 評価概算額　　　　　　　　　　　円 | | |
| その他 | 現金・負債・その他（　　　　　　　　　　） | ４，０００円 | | |
| 現金・負債・その他（　　　　　　　　　　） | －２００，０００円 | | |
| **申請者合計** | | **４，004，000円** | | |
| 配偶者 | 預貯金 | ○○　銀行・農協・信金　　　　　　　　　本店・支店   1. **預貯金についてはご利用の金融機関のものをすべてご記入ください。**（欄が足りないものは別紙にご記入ください。）**また、通帳の写し（通帳表紙裏など口座情報がわかるページ及び申請日から２か月以内の残高のわかるページ）を添付ください。** 2. 有価証券については評価額をご記入ください。有価証券とは、株式・国債・地方債・社債・小切手などです。 3. その他については、**現金**や金・銀（評価額のわかるもの）、負債などについてご記入ください。負債がある場合は、借用書の写しなど書類の添付が必要です。 | | １１，１１１円 | |
| 銀行・農協・信金　　　　　　　　　本店・支店 | | 円 | |
| 銀行・農協・信金　　　　　　　　　本店・支店 | | 円 | |
| 有価  証券等 | (種類) | 評価概算額　　　　　　　　　　　円 | | |
| (種類) | 評価概算額　　　　　　　　　　　円 | | |
| その他 | 現金・負債・その他（　　　　　　　　　　） | 円 | | |
| 現金・負債・その他（　　　　　　　　　　） | 円 | | |
| **配偶者合計** | | **円** | | |

**※1　配偶者が「有」の場合は、配偶者の預貯金等についても記入してください。**

**同意書**

（宛先）能美市長

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、能美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＞　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞

住所　能美市　○○町○○番地　　　　　　　　　住所　能美市　○○町○○番地

氏名　能美　一郎　　　　　　　　　　　　　　　氏名　能美　花子

「配偶者の有無」で「有」に○をつけた場合は配偶者の分も必ずご記入ください。世帯分離している場合も含みます。