様式第22号（第15条関係）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　年　　月　　日

松野町長　様

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  被保険者名 | |  | | | | | 被保険者番号 | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 個人番号 | | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | | 性別 | | | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  配偶者氏名 |  | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒  連絡先　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税賦課期日現在の住所  （現住所と異なる場合） |  | | | | | | | | | | 本年１月１日（申請が１月～７月の場合は、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 | | 非課税年金の受給 | | | 有　・　無 | | | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」「年金保険者」について、当てはまるものすべてに〇をしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年金の種類 | | | 遺族年金・障害年金 | | | | 年金保険者 | | | | | | 日本年金機構　・　国家公務員共済  地方公務員共済　・　私学共済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告 | | □ | 裏面（別表）のいずれかの利用者負担段階に該当します。  ※　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  (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。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先(自宅・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 |

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) 書ききれない場合は、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。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

様式第22号（第15条関係）―裏面

別表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **利用者負担段階** | | |  |
| 預貯金等  （夫婦の場合）※２ |
| 第１段階 | ・生活保護受給者  ・本人および世帯全員が住民税非課税で老齢福祉年金受給者（世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます。） | | 1,000万円  （2,000万円）以下 |
| 第２段階 | 本人および世帯全員が住民税非課税（世帯には、世帯を分離している配偶者を含みます。） | 年金収入金額（※１）＋合計所得金額が80万円以下 | 650万円  （1,650万円）以下 |
| 第３段階① | 年金収入金額（※１）＋合計所得金額が80万円超～120万円以下 | 550万円  （1,550万円）以下 |
| 第３段階② | 年金収入金額（※１）＋合計所得金額が120万円超 | 500万円  （1,500万円）以下 |

※１　年金収入金額には、非課税年金を含みます。

※２　第２号被保険者については、利用者負担段階にかかわらず「単身1,000万円以下、夫婦2,000万円以下」です。

**同　意　書**

松野町長　様

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、松野町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。

　　　　年　　月　　日

＜本人＞

住　所

氏　名

（自署）

＜配偶者＞

住　所

氏　名

（自署）

**※　押印は不要です。**