第２３号様式（第１３条関係）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宿毛市長　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 |  | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名  （申請者） |  | 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | 明・大・昭　　　 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | (〒　　　　－　　　　　)　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | ※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。 | | | | | | | |
| ※入所(院)施設の  所在地及び名称 | (〒　　　　－　　　　　)　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| ※入所(院)年月日 | 年 　　　　 月 　　　 　日 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 個人番号 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  ※同居の場合は記入不要 | (〒　　　　－　　　　　)　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合） | (〒　　　　－　　　　　)　　電話番号 | | | 左記を記入した場合 | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者の市町村民税課税状況 | | | | | | 課税　・　非課税 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関する申告 | 1.市町村民税が世帯全員非課税　　　　2.その他(生活保護受給者・老齢福祉年金受給者) | | | | | | |
| 非課税年金を　1.受給している（　　　　　　　　　　　　）　　2.していない | | | | | | |
| 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以下のとおりです。 | | | | ※根拠資料として、通帳の写し等を添付してください。 | | |
| 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 |

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 | 提出者電話番号 | 本人との関係 |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） | | 送付先 |

注意事項

(1)　この申請書における「配偶者」については、別世帯の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。

**※裏面の同意書にも記入してください。**

同　意　書

宿毛市長　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、宿毛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。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名

代筆

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認 | 要件 | | | 交付年月日  年　 月　　 日 |
|  | **第1段階**  生活保護等／預貯金等：単身1,000万円以下、夫婦：2,000万円以下 | | |
|  | **第2段階**  年金収入等80万円以下／預貯金等：単身650万円以下、夫婦1,650万円以下 | | | 適用年月日  年　　 月　 　日から |
|  | **第3段階①**  年金収入等80万円超120万円以下／預貯金等：単身550万円以下、夫婦1,550万円以下 | | |
|  | **第3段階②**  年金収入等120万円超／預貯金等：単身500万円以下、夫婦1,500万円以下 | | | 有効期限  年　　 月　 　日まで |
|  | **却下**  課税世帯のため |  | **却下**  預貯金等が要件を上回るため |

宿毛市記入欄