介護保険負担限度額認定申請書

様式第33号(第23条関係)

年　　　月　　　日

那珂川町長　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 |  | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　 　月　　　 　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 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） | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　　　　　課税　　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に関  する申告 | □ | ①生活保護受給者／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ③市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。  　　　　　　　　（受給している年金に〇して下さい。以下同じ。）   * 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。 | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額80万円を超え、  120万円以下です。 | | | | | |
| □ | ⑤市町村民税世帯非課税者であって、  課税年金収入額と【遺族年金※・障害年金】の収入額、その他の合計所得金額の合計額が年額120万円を超えます。 | | | | | |
| 預貯金等に  関する申告  ※通帳の写しは  別添 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1000万円（夫婦は2000万円）、③の方は650万円（同1650万円）、  ④の方は550万円（同1550万円）、⑤の方は500万円（同1500万円）以下です。  ※第２号保険者（40歳以上64歳以下）の場合、③～⑤の方は1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 | | | | | |
| 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  ※内容を記入してください |

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。

注意事項

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

(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所有している場合は、そのすべてを記入してください。

(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)　虚偽の申請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。

様式第33号の2(第23条関係)

同　意　書

　那珂川町長　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、那珂川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

　　　＜配偶者＞

　　　 住所

　　　　　氏名