**負担限度額認定申請書**

様式第39号（第26条関係）

年　　 月　　 日

相馬市長　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 | |  | | | | | 保険者番号 | | | ０７２０９０ | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | 被保険者番号 | | |  | |
| 個人番号 | | |  | |
| 生年月日 | | 大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | 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(※) | | 平成・令和　　　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  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 | 大正・昭和　 　 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◯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。以下同じです。 | | | | | | | | |
| □ | ④市町村民税世帯非課税者であって、  受給している全て  の年金の保険者に  〇して下さい  日本年金機構  地方公務員共済  国家公務員共済  私学共済  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  ※通帳等の  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号被保険者(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 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※内容を記入して下さい

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 連絡先 |
| 申請者住所 |  | 本人との関係 |

注意事項

〇　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。

〇　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下さい。

〇　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。

〇　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**

相馬市長　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、相馬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。

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　＜本人＞

　　　　　　住所

　　　　　　氏名

　　　　＜配偶者＞

　　　　　　住所

　　　　　　氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市　確　認　欄 | 受　付 | 備　　　考 | 承　認  （　　）段階  却　下 |
| □同意書　□照合　　添付書類（　　　　）枚  送付先　自宅・施設・その他（　　　　　　） |  | 生保　有・無　　老福年金　有・無  世帯　課・非　　配（別）　課・非　　資産　内・超 |