（宛先）　　湖西市長

　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。

介護保険負担限度額認定申請書

（表　面）

様式第17号(第17条関係)

年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性　　別 | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　　月　　　　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒  　TEL | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した  介護保険施設の  所在地及び名称（※） | 〒  　TEL | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、記入不要です。 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 〒  　TEL | | | | | | | | | | | | | | |
| 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市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | ③市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○をしてください。  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  （受給している年金に○をしてください。）  合計額が年額80万9千円以下です。  ※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。 | | | | | |
| □ | ④市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】収入額、その他の合計所得金額の合計  （受給している年金に○をしてください。）  額が年額80万9千円を超え、120万円以下です。 | | | | | |
| □ | ⑤市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】収入額、その他の合計所得金額の合計  （受給している年金に○をしてください。）  額が年額120万円を超えます。 | | | | | |
| 預貯金等に関する申告  ※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が②の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、③の方は650万円（同1,650万円）、④の方は550万円（同1,550万円）、⑤の方は500万円（同1,500万円）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1,000万円（夫婦は2,000万円）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  ※内容を記入してください。  含む) | （　　　　　）※  　　　　　　円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | TEL | |
| 申請者住所  〒  **裏面も記入してください。** | | 本人との関係 |

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記入不要です。

（裏　面）

注意事項

(１)　この申請における「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、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。**（通帳の表紙・定期預金のページ・申請日直近２か月の記載があるページ・最終残高が確認できるページを添えて、本人と配偶者分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。**

同　意　書

湖西市長　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、信託会社その他の金融機関（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、貴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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

＜配偶者＞

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）