別記第24号様式(第27条第1項関係)

三笠市介護保険負担限度額認定申請書

年　　月　　日

三笠市長　　　　　　　　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 | ㊞ | | 個人番号 | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 性　　別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒  電話 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険  施設の所在地及び名称 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日 | | 年　　月　　日 | | ショートステイ利用の有無 | | | | | | | | | 有　　・　　無 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 配偶者の有無 | | 有　　・　　無 | 配偶者が「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 |  | 生　年　月　日 | 市町村民税課税状況 | |
| 氏　　名 |  | 年　 月　 日 | 課税 ・ 非課税 | |
| 住　　所 | 〒 | | | 電話 |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合） | 〒 | | | |

　※「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。

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 |  | 電話 |
| 申請者住所 | 〒 | 本人との関係 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | □ | １　生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 |
| □ | ２　市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額８０万円以下です。 |
| □ | ３-①　市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額８０万円を超え、120万円以下です。 |
| □ | ３-②　市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。 |

**※裏面（預貯金等に関する申告、同意書）も必ずご記入ください。**

（表面からの続き）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 預貯金等に  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が１の方は1,000万円（夫婦は2,000万円）、2の方は650万円（同1,650万円）、３-①の方は550万円（同1,550万円）、３-②の方は500万円（同1,500万円）以下です。  ※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 |

※内容を記入してください

注意事項

　(1) 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。

　(2) 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。

　(3) 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

　　三笠市長　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、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

三笠市記入欄（以下の欄は記入しないでください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　　定　　　欄 | 課　長 |  | 係　長 |  | 係 |  | 交 付 年 月 日 |
| 年　　月　　日 |
| 審　査　結　果 | | □承認　　　　　　　□不承認 | | | | 有　効　期　間 |
| 利用者負担区分 | | □第1段階　　□第2段階　　□第3段階①  □第3段階②　□第4段階（課税世帯） | | | | 年 　月　 日から  年　 月　 日まで |