**介護保険負担限度額認定申請書**

**記　入　例**

　　令和６年**8**月**1**日

**記入日をいれる。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 石巻市長　宛 | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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 | イシノマキ　タロウ | 被保険者番号 | | | **０** | **１** | **２** | **３** | **４** | | **５** | **６** | **７** | **８** | **９** |
| 被保険者氏名  （申請者） | **石巻　 太郎**  **（押印は不要ですが、被保険者が**  **申請者の場合は、署名をお願いします。）** |
| 個人番号  **被保険者番号は、通知に記載されています。**  **なお、個人番号の記載は不要です。** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　**5　年 1月 1日** | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | **石巻市穀町１４－１**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　**０２２５-９５-１１１１** | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）した介護保険施設の所在地及び名称  （※） | **特別養護老人ホーム　〇〇園**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　**０２２５-00-0000** | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）年月日  （※） | 昭 ・ 平 ・令　 ２ 年 １０ 月　１ 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。  **個人番号の記入は不要です。** | | | | | | | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | **イシノマキ　ハナコ** | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | **石巻　 花子** | 生年月日 | | | | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平  **5　年12月31日** | | | | | | | | | |
| 住所 | **石巻市穀町１４－１**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号**０２２５-９５-１１１１** | | | | | | | | | | | | | | |
| 市町村民税賦課期日現在の住所（現住所と異なる場合） | **【令和６年１月１日時点の住所が、現在と異なる場合に記入】** | | | | 本年1月1日（申請が1月から7月までの場合は前年1月1日）時点の住所を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税　　　　　課税　　　・　　　非課税 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収入等に  関する申告 | 非課税年金受給 | | | 有　 ・ 　無 | | 「有」の場合は、以下の「年金の種類」について、当てはまるものに○をしてください。 | | | |
| 非課税年金の種類 | | | 遺族年金　障害年金 | | 年金保険者 | | ・日本年金機構 　・国家公務員共済  ・地方公務員共済 ・私学共済 | |
| 預貯金等に  **✓をつける。**  関する申告 | □ | 預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。  預貯金、有価証券等の金額の合計は、以下のとおりで間違いありません。  **あてはまる項目に**  **〇をつける。**  「年金収入等※」８０万円以下の場合 　　　　　　 単身　６５０万円、夫婦１６５０万円以下  「年金収入等※」８０万円超１２０万円以下の場合　単身　５５０万円、夫婦１５５０万円以下  「年金収入等※」１２０万円超の場合 　　　　　　単身　５００万円、夫婦１５００万円以下  「第２号保険者（４０歳以上６４歳以下）」の場合　 単身１０００万円、夫婦２０００万円以下  ※【年金収入等】公的年金等収入金額（非課税年金を含みます。）＋その他の合計所得金額 | | | | | | | |
| 預貯金額 | | **100,000円** | | 有価証券  (評価概算額) | | **300,000円** | その他（現金・負  債を含む) | (内容・現金)  **10,000**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  **石巻　　一郎** | 連絡先（自宅・勤務先）  **０９０-ＸＸＸＸ-ＸＸＸＸ** |
| 提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地）  **石巻市穀町１４－１**  **成年後見人の方が申請の場合、成年後見登記に関する登記事項証明書の写しも添付してください。** | 本人との関係  **長男** |

**預貯金額は、本人・配偶者の通帳（複数ある場合はすべて・定期預金も含む）の合計額を記入してください。**

(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)　遺族年金には、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。

(3)　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。

(4)　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。

(5)　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者確認欄 | 備　考  **送付先が設定されている住所以外への郵送希望の場合、備考欄にその旨を記入してください。**  **〇をつける。** | 受　付 | 入　力 | 確　認 |
|  |  |  |  |

**※裏面の同意書も記入してください。**

同　意　書

（宛先）石巻市長

　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、石巻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。

**記入日を入れる。**

**令和　６年　８月　１日**

　　　＜本人＞

　　　　　住所　　**石巻市穀町１４－１**

　　　　　氏名　　**石巻　 太郎**

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所　　**石巻市穀町１４－１**

　　　　　氏名　　**石巻　 花子**

**住所・氏名を記入。**

**押印は不要ですが、必ず署名をお願いします。**