**介護保険負担限度額認定申請書**

（申請先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

調布市長　あて

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 | 〒  　　　　　電話番号 | | | |
| 入所（入院）した介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒  電話番号 | | | |
| 入所（入院）  年月日（※） | 年　　月　　日 | (※)介護保険施設に入所（入院）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 | 〒  電話番号 | | | |
| 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 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【下記①・②の申告についてご確認のうえ，該当する□１つに✓をして下さい】 | | | | | |
|  | 1. 収入等に関する申告 | | | 1. 預貯金等に関する申告 | |
| □ | 生活保護受給者/市町村民税非課税である老齢福祉年金受給者 | | かつ | | 1,000万円（夫婦は2,000万円）以下 |
| □ | 市町村民税  世帯非課税者 | 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の  合計額が年額80万円以下 | かつ | | 650万円（夫婦は1,650万円）以下 |
| □ | 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の  合計額が年額80万円超え120万円以下 | かつ | | 550万円（夫婦は1,550万円）以下 |
| □ | 課税年金収入額と合計所得金額と非課税年金収入額の  合計額が年額120万円超え | かつ | | 500万円（夫婦は1,500万円）以下 |
| ※1　第2号被保険者(40歳以上64歳以下)の場合，預貯金等に関する申告は1,000万円（夫婦は2,000万円）以下です。  ※2　預貯金，有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり  ※3　預貯金等の金額を裏面に記入 | | | | | |
| 非課税年金の  受給状況 | | 【受給している全ての非課税年金に〇をして下さい】  遺族年金（寡婦年金,かん夫年金,母子年金,準母子年金,遺児年金を含む）　・　　障害年金 | | | |
| 【受給している全ての非課税年金の保険者に〇をして下さい】  日本年金機構　・　地方公務員共済　・　国家公務員共済　・　私学共済 | | | |

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 | 申請者日中連絡先（自宅・携帯・勤務先） |
| 申請者住所　〒 | 本人との関係 |

注意事項

(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。

(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。

**注意：裏面に続きますので，裏面も必ずご記入ください。**

預貯金等に関する申告

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 氏名（口座名義） | 金融機関及び支店名 | 年金 | 預貯金額 |
| 預貯金 |  | 普通・定期・その他（　　） |  | 円 |
|  | 普通・定期・その他（　　） |  | 円 |
|  | 普通・定期・その他（　　） |  | 円 |
|  | 普通・定期・その他（　　） |  | 円 |
| 預貯金額の合計 | | | 円 |
| 有価証券等 | 氏名 | 種類 | | 評価概算額 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
| 有価証券等の合計 | | | 円 |
| その他  （負債・現金等） | 氏名 | 種類 | | 金額 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
| その他（負債・現金等）の合計 | | | 円 |

|  |
| --- |
| 同 意 書  調布市長　あて  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,調布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　　　　　　　　　　　　　　 　※代筆している場合  < 配偶者 >　　　　　　　　　　　　　　 代筆者:　　　　　　　　　（続柄:　　　）  住所  氏名 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調布市記入欄 | | | | | | |
| 交付年月日 | 年 　月　 日 |  | | | | |
| 適用年月日 | 年 　月　 日 |
| 有効期限 | 年 　月　 日 |
| 【個人番号の確認】  □個人番号カード，□通知カード，□住民票（番号付） | | | 【身元の確認】  1点　□運転免許証，□パスポート，□障害者手帳，□その他  2点　□介護保険被保険者証，□健康保険被保険者証　□年金手帳　□その他 | | | |
| 番号確認  要　 ／　不要 | | 照会（有・無） | 日時 | /　　　 ： | 担当者 |  |
| 統合照会 | /　　　 ： |  |
| 登録 | /　　 ： |  |
| 破棄 | /　　 ： |  |