様式第36号(第28条関係)

（表面）

**介護保険負担限度額認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 磐梯町長　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 |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 |  | 個人番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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/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【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○を付けてください。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。 | | | | | |
| □ | ③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80万円を  超え、120万円以下です。 | | | | | |
| □ | ④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 | □ | 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の方は550万円（同1,550万円）、④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、①～④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・負債を含む) | (　　　　　　　　　)※  円 |

　　　　　　※内容を記入してください

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 提出者住所 | 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、別世帯の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。

様式第36号(第28条関係)

（裏面）

同　意　書

　　　磐梯町長　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、磐梯町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

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所

　　　　　氏名