**介護保険負担限度額認定申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | 勝央町 | ３ | ３ | ６ | ２ | ２ | ２ |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住所 | 〒　　　－　 |
| 入所(院)施設の所在地及び名称（※） | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　　） |
| 入所(院)年月日（※） | 昭・平 　　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。 |

* **配偶者に関する事項**（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。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。** |
| 配偶者との世帯 | (住民票上) | 同一世帯 ・ 別世帯（町内在住） ・ 別世帯（町外在住） |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 |
| 配偶者の氏名 |  |
| 市町村民税課税状況 | 課税　・　非課税 |
| 配偶者の住所 | 〒　　　－（□被保険者と同じ）　　（電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　　） |
| 本年１月１日現在の住所（現住所と異なる場合） | 〒　　　－ |

|  |
| --- |
| 勝央町長　あて　　上記のとおり関係書類を添えて、食事・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。　　　　平成　　　年　　　月　　　日氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者（利用者）　　　氏　名（電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　　－届出者　　住　所　 　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者との関係（　　　　）（電話番号　　　　　－　　　　　－　　　　　　） |

* **裏面（預貯金等に関する申告等）に続きますので、裏面も必ずご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **勝央町記入欄** | ‣ 世帯の課税状況　　　　 　 □非課税‣ 配偶者課税状況　　　　　 □非課税‣ 資産合計( 　　　　 　 円)□基準以下 | □課税□課税□基準超過 | ‣ 保険料未納□無　□有‣ 給付制限□無　□有‣ 境界層□無　□有 | 《受　付》 |
| \* 老福年金・生保　　 　　 □非受給　　 \* 課税年金＋合計所得 □80万円以下 　　　　　　　　　　　　　 （⇒第2)  | □受給(⇒第1)□80万円超（⇒第3) |
| 認定結果　　□第1段階　　□第2段階　　□第3段階　　□非該当交付年月日　　平成　　年　　月　　日適用期間　　平成　　年　　月　　日 ～ 平成　　年　　月　　日 |

（表面）

（表面からの続き）

* **預貯金等に関する申告**（被保険者（本人）、配偶者の預貯金等の資産について記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 種類 | 氏名（口座名義） | 金融機関及び支店名 | 対象者 | 預 貯 金 額 |
| 預　貯　金（普通・定期） |  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
| 有価証券投資信託等(株式・国債など) | 氏　　名 | 種　　類 | 対象者 | 評価概算額 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
| その他（負債・現金等） | 氏　　名 | 種　　類 | 対象者 | 金　　額 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  | 本人・配偶者 | 円 |
|  |  |  | 合計 | 円 |

|  |
| --- |
| 【注意事項】(1)配偶者が、勝央町以外の市町村に居住している場合は、課税証明書を提出してください。(2)預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。(3)書き切れない場合は、余白に記入してください。(4)**金融機関への資産調査を実施した結果、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場合があります。****★申請に必要なもの**・預貯金等の通帳の写し（金融機関・口座番号・名義等、最終の取引日２か月前までで残金が確認できる部分。表紙を開いた部分等、定期預金も含みます)。配偶者がいる場合は、配偶者の通帳の写しも必要。・有価証券（株式・国債など）、負債（借入金、住宅ローンなど）借用書及び残高のわかる写しの添付。　　＊通帳を複数お持ちの場合は、すべての通帳の写しが必要です。 |
| **同　意　書**勝央町長 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、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。　平成　　　年　　　月　　　日　　＜本人＞　　　　　住所　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜配偶者＞　　　　　住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

(裏面)