様式第24号　　　　　　　　　　　　　　介護保険負担限度額認定申請書

（あて先）千葉市　　　　区長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者** | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | **（※）本人が手書きしない場合は記名押印してください。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | |
| 住所 | （〒　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　　　　　－　　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 電子メールアドレス　　　　　　　　　　　＠ | | | | | | | | | | | | | | |
| **施設関係** | 入所(院)施設  所在地・名称  ・電話番号 | （〒　　　　　－　　　　　　　）電話番号　　　　　－　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | ※入所(院)していない場合及びショートステイ利用の方は記入不要です。 |
| 入所(院) 日 | 昭 ・ 平 ・ 令　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | 明・大・昭・平　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 住所  ※同居の場合は記入不要 | （〒　　　　　－　　　　　　　） | |
| 連絡先 | 電話番号　　　　　　　　　　　－　　　　　　　－ | |
| 前年度１月１日の住所（現住所と異なる場合） | （〒　　　　　－　　　　　　　） | |
| 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／②市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | |
| □ | 市町村民税世帯非課税 | | ③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。　　　　　　　　**（受給している年金に○して下さい）**  ※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。 | | | 受給している  全ての年金の  保険者に○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 |
| □ | ④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。　　**（受給している年金に○して下さい）** | | |
| □ | ⑤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。　　　　　　**（受給している年金に○して下さい）** | | |
| **その他事由** | □ | 境界層該当、特例減額措置、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **預貯金等**  **の申告**  **(夫婦合計)** | | □ | 預貯金、有価証券等の金額の合計が認定要件の基準の範囲内です。  ②の方は１，０００万円（夫婦２，０００万円）③の方は６５０万円（同１，６５０万円）、④の方は５５０万円（同１，５５０万円）⑤の方は５００万円（同１，５００万円）以下。  **※関係書類として、預貯金、有価証券等にかかる通帳等写しを添付します。** | | | | |
| 預貯金額  円 | | | 有価証券（評価概算額）  円 | その他（※　　　　　　　)  円 | |

※現金・負債を含む内容を記入してください。

***裏　面　も　ご　記　入　く　だ　さ　い***

|  |
| --- |
| 同　意　書  （あて先）千葉市　　　　区長  　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、年金保険者または銀行、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、貴区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  （※）本人が手書きしない場合は記名押印してください。  　　＜配偶者＞　　住　所  　　　　　　　　　氏　名  （※）配偶者が手書きしない場合は記名押印してください。 |

**提出者が被保険者本人の場合には、下記については記入不要です。**

|  |  |
| --- | --- |
| 提出代行者  所在地・名称  ・電話番号  ・電子メール アドレス | 電子メールアドレス　　　　　　　　　　＠  （注）提出代行者本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

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または内縁関係の者を含みます。

２　預貯金等については、同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　境界層該当、特例減額措置に関しては、証明する書類を添付してください。

４　書き切れない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上、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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区処理欄 | 決定事項 | | 利用者負担段階 | 特例減額措置 | 境界層 |
| 承認　・　承認しない | | 第　　　　段階 | 有　・　無 | 該当 ・ 非該当 |
| 決定年月日 | 適用年月日 | 有効期限 | 交付年月日 | 生活保護 |
| ．　　． | ．　　． | ．　　． | ．　　． | 有　・　無 |